NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
L'Union médicale.
Revue médicale.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine med. central zeitung.
Arch. für physiologische heilkunde.
Arch. für anat. phys.
Deutsche klinik.
Journal für kinderkrankheiten.
Medizinisc. correspondenzblatt.
Med. annalen.
Smidt's jahrbricht.
Zeitschrifft F. D. G. M.

JOURNAUX ANGLAIS.

American journal of med. science.
Edinb. med. and surg. journal.
Guy's hospital reports.
Journal of psychologie.
London med. chir. transactions.
London journal of med.
London med. gazette.
Monthly journal.
New-york journal of med.
The Dublin med. pres.
The Lancet.
The med. Times.

JOURNAUX ITALIENS.

Annali Universali di med.
Bulletino delle science med.
Gazetta med. Lomb.
Gazetta med. Ital.
Giormale de l'academia.
Il Progresso.
Il Filiato sebezio.
Il Raccoglitore medico.

553 50

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

SEPTEMBRE 1851. — 12me SÉRIE. — T. IX.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1851.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 1—71.
Tableau météorologique. 72.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1.
Thérapeut. 2—7. *Revue* 22.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 8—9. *Revue* 23, 24.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 10—12.
Méd. opérat. 13—15.
Ophthalmologie. 16.

VIII. Mal. des voies gén.-ur. 17—18.

IX. Malad. syphilitiques. 19.

X. MÉDECINE, LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

Toxicologie. 20.

XII. Généralités. 21.

Sociétés savantes, pag. 216—246.
Mélanges. 25.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(SEPTEMBRE 1851.)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULISATION EN GÉNÉRAL ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE EN PARTICULIER;

par Louis Parola, de Coni, Représentant du peuple, etc.

(Traduit de l'italien par le docteur Raikem, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.)

(Suite : *voir* le n° d'août 1851, p. 193.)

Dans ces derniers temps le docteur *Bennet* (*loc. cit*), a cherché de persuader que, dans le traitement de la phthisie, maladie qui depuis son début jusqu'à sa terminaison présente tant de caractères différents et d'indications diverses, les moyens empiriques doivent évidemment échouer; tandis qu'au contraire les faits de guérison qu'ii présente doivent encourager le praticien à continuer un traitement rationnel et fondé sur la pathologie de la maladie, qu'on ne peut mieux connaître qu'en recherchant les circonstances sous l'empire desquelles une guérison naturelle est survenue. Or, au moyen de ces investigations il a reconnu qu'on peut empêcher un dépôt ultérieur de tubercules, en faisant disparaître les conditions pathologiques qui donnent naissance à ce produit et qui sont, suivant lui : 1° un état morbide du sang, consécutif à une nutrition imparfaite; 2° une inflammation locale, d'où provient une transsudation qui prend la forme de matière tuberculeuse. — Ensuite, cherchant à expliquer la cause de la nutrition altérée, il la place : 1° dans un excès d'oxygène (1) dans l'économie; lequel se combine bientôt avec les tissus pour produire l'infection et de l'acidité dans le canal alimentaire; 2° dans un excès de matières nitrogénées ou albumineuses, avec défaut de matières carbonées et oléagineuses dans le chyle, dans le sang et dans les tissus, à

(1) Dès le siècle dernier *Beddoës* avait exprimé l'opinion que la cause de la phthisie consistait dans une suroxygénation du sang.

l'exception du foie, qui en est le grand émonctoire. Il déduit de là les indications curatives qui consistent, suivant lui : *A.* à vaincre la dyspepsie et à détruire l'acidité qui existe dans le canal alimentaire ; *B.* à fournir les matériaux nécessaires à la confection d'un chyme de bonne qualité ; *C.* à combattre l'inflammation locale. En se conformant à une pareille théorie, la cure devient très difficile, vu qu'on doit remédier en même temps à la nutrition générale imparfaite, à la faiblesse, à l'inflammation locale et l'irritation qui en est la suite. — Pour remplir la première indication, il s'est servi avec avantage du naphte, du goudron, substances douées de la vertu de mitiger l'irritabilité de l'estomac et de mettre ainsi le malade en état de pouvoir s'alimenter. Pour ce qui regarde la nutrition imparfaite, il propose d'y remédier par l'usage du lait et de substances riches surtout en principes huileux et albumineux ; par le séjour dans un climat d'une température moyenne, et sujet à peu de variations ; modificateurs qui, à son avis, parviennent à diminuer la surabondance d'oxygène dans l'organisme. Il croit qu'on peut satisfaire à la seconde indication au moyen de l'huile de foie de morue, à laquelle, d'après son expérience, il attribue une grande efficacité. — L'inflammation doit être combattue dans les premières périodes de la maladie, à l'aide de déplétions sanguines locales ; dans les dernières, à l'aide de contre-irritations effectuées avec des embrocations stimulantes, avec des frictions de pommade stibiée, avec des vésicatoires, avec le moxa, etc. — Le mode d'employer ces divers moyens, selon les indications à remplir, exige du tact et une expérience guidée par la connaissance des altérations physiques qui se forment dans les poumons. Il fait observer qu'il y a certaines périodes de la maladie qui requièrent qu'on insiste davantage sur les unes que sur les autres indications à remplir ; que le traitement ne doit jamais se borner aveuglément à l'emploi d'un remède spécial ; et que les différents cas de guérison obtenue et les améliorations produites par le traitement dont il est question, sont assez importantes pour qu'on se livre à de nouvelles expérimentations tendantes à opérer plutôt une cure radicale que palliative, comme on a coutume de faire par les temps qui courent. Voilà certes d'excellents préceptes pratiques, précieux, utiles et qu'il faudrait, en grande partie, adopter.

Le docteur *Bureaud-Rioffrey*, au lieu de s'enfermer dans une salle anatomique, occupé, le scalpel à la main, d'examiner les lésions des organes, et les conditions pathologiques de la maladie, a cru préférable de se mettre en communication avec les cliniciens des différentes contrées pour s'enquérir des opinions des prati-

ciens les plus distingués sur la curabilité et sur son mode de traitement, en relatant les preuves les plus authentiques, et déjà en partie citées, de celle-là, et en venant ensuite proposer publiquement dans le congrès scientifique de Marseille, de 1846, une méthode curative de la phthisie fondée sur la gymnastique pulmonaire (1). Régler la respiration et dilater les poumons, soutenir les forces du malade en lui fournissant les aliments de la respiration et les éléments réparateurs de l'ulcère pulmonaire, en écartant toutes les complications accidentelles, sont, suivant lui, les véritables principes de guérison, analogues à ceux que suit la nature dans les guérisons spontanées et qui se résument en ce qu'on doit modifier la combustion respiratoire et favoriser la nutrition ainsi que la respiration des tissus. — A ce propos, se déchaînant contre la méthode antiphlogistique et déprimante, il prétend qu'il ne faut pas affaiblir les malades déjà trop débilités par les pertes de pus et de sang; qu'il faut, au contraire, aider aux tendances réparatrices de la nature; affaiblir les malades, c'est donner de la force à la maladie, etc, etc; — il adopte une méthode nutritive et ingrassante, c'est-à-dire: *médicaments et aliments les plus propres à commencer l'engraissement* (2); relativement

(1) « Réglez la respiration, préparez les bronches et les poumons, dilatez « avec mesure cet organe éminemment élastique, vous préparez la voie pour « que la nature puisse expulser les matières morbifiques. Soutenez le malade « débilité par la lutte et fournissez-lui les aliments de la respiration et les élé- « ments réparateurs de l'ulcère du poumon, tout en éloignant les complications « accidentelles. Tels sont les grands principes de la méthode que je préconise, « méthode à l'aide de laquelle on guérit des phthisies, comme la nature en a « guéri souvent. » — Toute phthisie, disait l'un des plus grands médecins de la Prusse, le célèbre *Hufeland*, est curable; des faits authentiques l'ont démontré sans réplique.

(2) *Avec tous, il faut régulariser la respiration, dilater les bronches, nourrir et engraisser.* — Cette méthode n'est pas nouvelle, car, dès les temps les plus reculés, différentes espèces d'aliments ingrassants, surtout la graisse animale, comme susceptible de s'opposer au marasme, furent proposés par les médecins, soit partiellement, soit généralement, à l'extérieur ou à l'intérieur. *Celse* et *Arétée* étaient de grands partisans de toute sorte d'onctions et de frictions, avec des graisses, sur la superficie du corps des phthisiques. *Michel de Heredia*, médecin de Philippe IV, roi d'Espagne, préférait la graisse de vipère; *Lentilius*, recouvrait la poitrine d'une couche épaisse de graisse de chien; *Lange*, dans la même intention employait la moëlle de cheval; *Beddoës* faisait usage de la graisse, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; *Borelli*, avait mis sa confiance dans le beurre de lait de femme; il l'administrait de préférence à l'intérieur et citait des exemples de ses bons effets. Même dans nos contrées, beaucoup de personnes ont l'habitude de recourir, dans toute espèce de maladie, à de sem-

à l'usage et au choix desquels, se proposant d'en faire l'objet d'un travail particulier, il recommande beaucoup, en attendant, l'usage de l'huile de foie de morue, et il pense que les substances végétales et minérales qui ont été employées contre elle, produisent un effet secondaire, puisque : *tous les agents, qui ralentissent la respiration peuvent être utiles.* Ensuite, pour faciliter la digestion, il ordonne aussi le *lichen caraghen.* En un mot, sa méthode se borne à l'alimentation, au changement d'air ou à une atmosphère artificielle. Et c'est avec de si misérables moyens qu'il se flatte de nous faire croire : *que le médecin a d'immenses ressources pour traiter et guérir les phthisiques au premier et même au second degré.* Fasse le ciel que les maladies puissent être vaincues aussi facilement et aussi aisément ! Nous savons tous, comme lui, que l'état adipeux est en antagonisme avec la phthisie ; mais nous savons aussi que le marasme des phthisiques est un effet de leur maladie, dont les conditions organiques ne peuvent être vaincues avec tant de facilité. Comment parvenir à écarter l'effet, sans pouvoir en détruire la cause ?

blables onctions, qui dernièrement ont été employées contre les fièvres intermittentes par le docteur *Decristofori.* En outre, les paysans valaques et moldaves ne se servent presque jamais d'autre médecine que de la graisse de cochon ou d'autres animaux dont ils enduisent la peau ou la partie affectée. En Angleterre, le peuple fait tous les jours usage, dans les maladies consomptives, d'une décoction d'un demi kilogramme de graisse de mouton dans un litre de lait de vache. Le docteur *Young*, sur le témoignage de *Crichton*, cite un cas dans lequel ce moyen a réussi ; il fait remarquer à ce sujet que, pour les estomacs des phthisiques, la digestion d'une telle quantité de graisse est difficile. — A la catégorie des substances grasses, on doit aussi rapporter les diverses espèces d'huiles, y compris celle de foie de morue, le naphte, etc.; substances qui sont aujourd'hui généralement préconisées et sont douées des mêmes principes et des mêmes propriétés que les graisses, puisque ce sont aussi des carbures d'hydrogène, et qu'elles constituent des aliments directs de la respiration, producteurs de chaleur animale. Il en est de même de l'huile de *Dippel*, qui jouissait d'une grande renommée dans le XVIIe siècle et a été récemment employée par le docteur *Palmedo,* comme résolutif fondant contre la phthisie. Les conditions requises pour son administration, sont qu'il ne doit pas exister de phlogose pulmonaire et que la respiration, la fièvre, la toux doivent exprimer une forme chronique de maladie. Cela étant constaté, le patient doit être maintenu dans une chambre à 20° ou 25° cent. de température, et soumis à des frictions faites avec 5 grammes d'huile sur tout le corps, spécialement sur l'endroit douloureux ; après quoi on couvrira le malade d'un gilet de peau de mouton fort large, afin que les exhalations qui s'en échappent puissent monter jusqu'aux narines et jusqu'à la bouche, en lui recommandant d'exécuter des mouvements gymnastiques du thorax, pour favoriser ces exhalations.

Après avoir exposé les principales méthodes curatives, il nous reste à parler de quelques secours palliatifs, dont l'art, au besoin, ne peut se dispenser et doit même avoir tout prêt, pour rendre moins douloureuse et moins prompte la fin de ces malheureux patients qui n'ont plus de confiance ou d'espérance que dans ce qui peut leur procurer un soulagement sédatif temporaire. — Mais, dans ces cruelles circonstances, si c'est d'un côté conduite digne et officieuse d'employer au moins tout ce que l'art peut de plus ; d'un autre côté, office blâmable, honteux et préjudiciable est de négliger et de rejeter toute ressource utile ou tout remède, pour s'abandonner et se borner aux seuls palliatifs, c'est-à-dire à ceux qui, comme nous l'avons déjà déploré avec *Rognetta*, sont mis en usage par les premiers maîtres de la France, notamment dans les hôpitaux de Paris, où les indications à remplir ne se déduisent que de l'examen superficiel des symptômes les plus dominants ; où l'on ne cherche qu'à combattre les accidents intercurrents, ainsi qu'en fait foi la méthode curative suivie par Louis : « Le quart ou la demi-portion, au gré du malade et suivant son appétit. Contre la toux : infusion de lichen, potion gommeuse, sirop de pavot blanc, extrait gommeux d'opium, acétate de morphine, extrait de belladone. — Contre les douleurs pleurétiques : saignées, sangsues, vésicatoires.—Contre l'hémoptysie : saignées, ratanhia. — Contre la dyspnée : vésicatoires sur la partie antérieure de la poitrine ou au bras, saignées.—Contre les frissons : sulfate de quinine. — Contre les sueurs : acétate de plomb.—Contre la gastrite : opium sous toutes les formes, eau de Seltz.— Contre la diarrhée : tisane de riz édulcorée avec le sirop de gomme et diminution d'aliments, décoction blanche, diascordium, sang-dragon, opium. » — Eu égard à un si mauvais point de départ, il n'est pas étonnant si le but n'a pas été atteint et si le traitement dégénère (*in una babilonia*), dans un assemblage confus d'excitants, de déprimants, de nervins, de narcotiques, d'astringents, etc., tour à tour employés sans raison et sans théorie.

Dans l'analyse que nous avons présentée des principales méthodes vantées pour dompter une si terrible maladie, on s'aperçoit que, jusqu'à présent, les unes et les autres ont obtenu peu de succès réels, parce que plusieurs d'entre elles ne correspondent pas, par l'énergie et par l'ensemble, à la gravité de la maladie et à l'importance de l'organe affecté ; et qu'elles sont trop faibles et trop lentes, dans leur action, au milieu d'un feu dévastateur si violent. Mais devrons-nous donc oublier la nature médicatrice ? Tandis que d'une part nous devons en épier et en admirer les modes merveilleux de réparation, d'autre part nous ne pouvons

nous empêcher de reconnaître ; comme dit *Tommasini* (*Dizionario classico di med. art. Natura medicatrice*), *que quelquefois, malheureusement, la nature elle-même est la cause des maladies et des altérations consécutives qui les accompagnent.* « *La nature*, dit-il, *chez l'homme, comme dans l'univers, agit nécessairement en vertu de ces lois éternelles, immuables, que l'auteur de son existence a établies. Conformément à ces lois, la première conséquence nécessaire qui en résulte, c'est que la nature, ou pour mieux dire l'organisme, ou un viscère quelconque, ne peut agir salutairement, ou dans le sens de sa conservation, s'il n'est pas sain et s'il n'exerce pas modérément et normalement ses fonctions ; parce que les forces de la nature, quelles qu'elles soient, ne peuvent être qu'une même chose avec l'organisation, avec l'ensemble des forces et des actions qui en dépendent.* »

Cela posé, dans les vices de l'organisation, la nature elle-même devant aussi être viciée, *Young* était dans le vrai lorsqu'il disait : *Agit enim hæc natura, modo, ut numen aliquot cœleste, quod in corpore nobis insciis latitans omnia in commodum nostrum dirigat ; modo, ut furia, quæ in membra nostra atque viscera sœviat.*

Les praticiens anciens, malgré leur grande confiance dans les forces de la nature, étaient souvent contraints à s'en défier ; et *Hoffmann*, il y a déjà longtemps, s'est déchaîné contre l'expectantisme, lorsqu'il disait dans une de ses dissertations (*De naturæ et artis efficaciâ in medendo*) : *non enim semper et ubique naturæ vires ad restitutionem et reparationem illius quod læsum est sufficiunt, sed interdum plus valet docta ars quam natura.... Phthisis ex pulmonum ulcere nata, si sanationem adhuc recipit, non absola natura, sed ab arte maxime curatur.*

Mais cette vérité est mieux connue que par qui que ce soit, par les philosophes modernes, entre autres par le professeur *Puccinotti*, qui résoud la question de la manière suivante (1). Ceux qui ont considéré l'organisme isolé en lui-même étaient contraints de

(1) « Quelli che hanno considerato l'organismo isolato in se stesso, erano « costretti a dare alla forza medicatrice una specie d'intelligenza, la quale ve- « niva smentita dai casi sinistri ; cosi veniva smentito quel primo vero empi- « rico, si smarriva la necessità dell' arte, ed ingigantivano le ipotesi della pas- « sività vitale. Ma considerando l'organismo legato con tutta la natura esteriore, « la forza individuale ha i suoi limiti, dove prevalgono le forze agenti della « estrema natura, forze che avendo pure un tralcio fisico e chimico nello stesso « ministero vitale, ove questo ingrossi, la forza individuale cede, e la forza dis- « solvente dei morbi, da quei tralci riuniti rappresentata, la vince sulla forza « individuale conservatrice. L'arte ha luogo in mezzo a questo conflitto, e non « può essere che imitatrice di quanto la potenza opera da se quando trionfa « sull' impero di codeste forze dissolventi. »

donner à la force médicatrice une espèce d'intelligence, qui était démentie par les cas funestes. De cette façon, la première vérité empirique recevait un démenti, la nécessité de l'art était méconnue, et les hypothèses de la passivité vitale grandissaient considérablement. Mais, si l'on considère l'organisme lié avec toute la nature extérieure, la force individuelle a ses bornes, où prévalent les forces agissantes de la nature suprême ; forces qui ayant aussi un rejeton physique et chimique dans le ministère même de la vie, dans le cas où celui-ci vienne à grossir, la force individuelle cède et la force destructive des maladies, réprésentée par ces rejetons réunis, l'emporte sur la force conservatrice individuelle. L'art s'interpose dans ce conflit et ne peut être qu'imitateur de ce que la puissance de la nature opère elle-même alors qu'elle triomphe de l'influence exercée par ces forces destructives (1). Ainsi donc l'art ne peut manquer de devenir extrêmement important, utile et nécessaire. Mais cet art exige une méthode, et cette méthode requiert une profonde connaissance des lois organiques; d'un côté, de la gravité du mal ; de l'autre, du pouvoir correspondant, proportionné, des moyens curatifs, spécialement de l'action des médicaments. — La maxime la plus triviale est que l'efficacité du médicament doit être adaptée et proportionnée à la véhémence et à la gravité de la maladie. — Eh bien! selon nous, la grande erreur de toutes les méthodes préconisées, consiste précisément dans l'injuste application de cette règle, puisque, en passant en revue tous les agents, dont abonde l'art, pour conjurer la phthisie, nous nous convaincrons que ce ne sont pas ceux-ci qui nous font défaut, mais que nous manquons de méthode, c'est-à-dire

(1) En effet l'imitation de cette puissance de la nature tant recommandée par *Puccinotti*, forme, dans la phthisie, la base rationnelle du traitement. Voici celles de ses expressions qui doivent nous servir de règle : — « Ce sont, « en définitif, les terminaisons spontanées des maladies, que l'étude des clas- « siques nous a appris, celles d'où nous tirons le plus souvent les indications « thérapeutiques ; et la partie expérimentale qui leur sert de fondement est « presque toujours celle des actions électives des remèdes; de manière que la « première base fondamentale de notre thérapeutique n'est que l'imitation de « ces modes spontanés, au moyen desquels la nature tend, ou à éliminer des « matières morbides, ou à résoudre des affections morbides. Ce principe nous « abandonne fort rarement, même dans les maladies que nous connaissons le « moins; il surgit quelquefois comme l'unique flambeau des opérations clini- « ques. C'est seulement par lui que nous pouvons apprécier ce que nos devan- « ciers nous laissèrent de précieux sur la bonne méthode de traiter les mala- « dies; c'est par lui et en lui seulement que l'histoire de l'art peut fixer un « point de connexion entre le passé, le présent et l'avenir. »

que nous ignorons leur mode d'application suivant l'intensité, le degré, la durée et selon les circonstances.

Par contre, dans le traitement des phthisiques domine, par malheur, plutôt une aveugle imitation, que l'étude de l'opportunité des connaissances clinico-thérapeutiques profondes et nécessaires. De là insouciance, négligence relativement à l'état des forces et des grandes ressources de l'art; peu de connaissance des lois de la nature et des diverses manières de guérison ; scepticisme sur l'accomplissement de celle-ci, et surtout ignorance des indications opportunes.— Dans le plus grand nombre de circonstances, dit Mayer (1), *ce sont les indications qui nous font défaut, bien plutôt que les agents capables de les remplir,* — De là le scepticisme sur la guérison, fondé sur ce que, comme le faisait autrefois remarquer *Bacon*, l'efficacité des remèdes dépend de la manière de savoir les appliquer.

Avec de tels éléments imparfaits, il n'est pas surprenant que les préjugés en médecine deviennent plus funestes que jamais (2), en sorte qu'on pourrait répéter ici avec *Puccinotti : J'ai toujours pensé avec le grand clinicien de Hall, qu'une main hardie devrait s'occuper une fois de nettoyer cette étable d'Augias.*

Mais si dans les méthodes curatives prémentionnées nous avons entrevu peu d'espérances fondées sur le succès, voyons maintenant si dans l'examen des agents médicamenteux les plus vantés, nous pourrons trouver des motifs suffisants pour être autorisé à confier à l'avenir la possibilité d'obtenir un triomphe plus consolant; car, comme dit *Louis* (3), ce qu'on peut fixer présentement,

(1) Recherches sur la nature des causes et le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris 1846.

(2) « Savez-vous, Messieurs, disait *Bureaud-Rioffrey*, ce que sont des médecins à préjugés ? Ce sont des révolutionnaires. Vous vous étonnez de ce mot, « Messieurs. Le grand *Bacon* l'a dit. En effet, un homme stationnaire au milieu des progrès du présent, c'est un révolutionnaire : cela s'applique à tout, « dans les progrès du monde. Un nouveau médicament est employé ; attendez « et vous verrez bientôt un de ces révolutionnaires à reculons, s'efforcer de « prouver que ce médicament qui a guéri, n'a pas dû guérir. L'a-t-il expérimenté ? Non. S'il l'a expérimenté, l'a-t-il pris à bonne enseigne ? Il n'en sait « rien. Lorsqu'il l'a employé, avait-il une instruction suffisante sur le nouvel « instrument qu'il maniait ? Non. Et c'est ainsi, c'est avec cette déplorable « négligence que sont gouvernés les malades. »

(3) « Ce n'est pas néanmoins une raison de désespérer de l'avenir, et de « croire qu'on ne trouvera jamais un agent efficace à opposer à la phthisie une « fois développée. Tout ce qu'on peut conclure du présent, c'est la nécessité « de redoubler d'ardeur, d'apporter une plus grande exactitude dans les « recherches médicales, de se livrer à ces travaux d'ensemble, dont j'ai parlé,

c'est la nécessité de redoubler de zèle et d'apporter la plus grande exactitude dans les recherches, spécialement d'établir un accord, une harmonie dans des travaux faits de cette manière. Dans cette confiance, nous continuons notre tâche, en traçant un exposé de ce que l'expérience des temps précédents et actuels a fait ressortir d'applicable par rapport à l'efficacité et à l'action des principaux moyens thérapeutiques, y compris les déplétions sanguines, par lesquelles nous allons commencer.

SAIGNÉES.

Le principal de tous les remèdes, de tous les modificateurs thérapeutiques de l'économie, le controstimulant, le dépuratif le plus direct, le plus sûr, est sans contredit l'émission sanguine, comme elle est également l'un des moyens et des secours les plus puissants suscités par la réaction vitale, et dont elle se sert, tantôt pour favoriser une prompte solution de la maladie, à l'aide d'une hémorrhagie salutaire, tantôt pour déprimer la vitalité et corriger les conditions organiques vasculaires d'un viscère ou d'un tissu.

A peine les fonctions physiologiqnes d'un organe sont troublées qu'il s'y développe une condition d'irritation exprimée par la loi, *ubi dolor, ibi fluxus.* Alors l'organe devient un foyer de fluxion plus ou moins prononcée qui peut avoir lieu sous l'influence de la faiblesse, comme sous celle de l'hypersthénie vasculaire; car, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, c'est une condition propre à tout organe, et à l'économie entière, de se débattre tant sous l'action d'une puissance débilitante que sous celle des excitants qui tendent à les déranger.

Voilà pourquoi l'impression du soufle d'un vent froid, de l'humidité nocturne ou d'un miasme palustre, peut engendrer la phlogose la plus ardente, comme, sous l'action des causes occasionnelles de la cachexie tuberculeuse, peut naître une phlegmasie très prononcée, ou bien une congestion mécanique; états pathologiques qui requièrent l'un et l'autre des émissions sanguines promptes et répétées. Ainsi *Hippocrate*, bien qu'il n'eût pas dit mot de la phlébotomie dans le traitement de la phthisie, posait néanmoins cette maxime générale : *Si difficulter spiraverit æger, venam brachii tundito, etiam si hydrope laboraverit.* — Galien avait établi pour règle générale qu'on devait y recourir dans toutes les

« et sans lesquels l'étude de la phthisie, surtout celle de ses causes et de son « traitement, ne sauraient à l'avenir faire de grands et solides progrès. »

périodes de la maladie, chaque fois qu'elle était indiquée. Il ne pouvait à cet égard exprimer sa pensée d'une manière plus énergique : *tabidis cor siccare oportet.*

Nous l'avons déjà dit, presque tous les anciens, entre autres *Morton* et *Sydenham*, jusqu'à *Louis* lui-même, considéraient la saignée comme un des plus puissants et des plus indispensables moyens curatifs. *Hoffmann* répond à ceux qui semblent regarder comme paradoxal le conseil de saigner dans la phthisie, que c'est un résultat de l'expérience confirmé par de nombreux et lumineux exemples, que la phlébotomie, ayant été employée conjointement à d'autres moyens thérapeutiques, chez plusieurs phthisiques en grand danger de mort, la guérison s'ensuivit bientôt après (1).

Boerhaave, dans les asphorismes (§ 1200. *De phthisi pulmonari*), insistait sur la saignée, spécialement quand la maladie était compliquée de crachement de sang : « *Curatur venæsectione larga, tertio quoque die, ad quartam usque vicem repetita, vel donec crusta inflammatoria integre disparuerit.* » — Le même auteur (*in praxi medicâ*) donne les règles les plus précieuses pour ceux qui, menacés de phthisie héréditaire, veulent s'en mettre à l'abri pendant longtemps : « *Si quis hominem ex phthisica familia natum velit curari, tunc summa ope est annitendum, ne hœmoptoëm accipiat : si hoc efficies, tunc curabis, aliter non. Hinc circa decimum septimum annum, venæsectio bis terve instituenda, simul sectiones adhibendæ sunt, et in hac curatione usque ad vigesimum quintum annum continuandum. Nota mihi fuit familia ubi pater materque, et omnes liberi mortui sunt, unico filio superstite, quem hac ratione curavi ; et jam plus quam quinquaginta annos natus vivit, et phthiseos tempus, secundum* Hippocratem, *supervixit nullaque mala signa habet.* »

Stoll, dans ses commentaires sur les asphorismes de *Boerhaave*, observe que si les phthisiques viennent à empirer pendant qu'ils font usage de l'équitation, de quinquina, du lichen, etc ; cela dépend d'une pneumonie latente qui complique la phthisie. — Dans ce cas, les deux auteurs précités s'accordent à dire qu'une sai-

(1) « At vero ab hâc venœsectione, corpora defendi posse, paradoxon vide-
« bitur, sed tamen experientiæ id consentaneum esse, plurimis exemplis con-
« firmatum habemus, ubi nempe, juvenes, sanguine pleni ex variis causis ma-
« cilenti facti, spiritus angustia, tussi sicca, dolore circa pectus gravativo,
« calore intentiore diu correpto in extremo, phthiseos periculo versantes, ad-
« missa phlebotomia et usurpatis acquis mineralibus, cum lacte caprino mix-
« tis, nec non pediluviis, et nitroso absorbentibus, rursus obesi et robusti,
« prœter omnium expectationem facti fuerunt, pristinis incommodis pænitus
« sublatis. (*Dissert. De salutari aut noxio venœsectionis usu*).

gnée abondante, répétée tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce que les signes de la pléthore, ou de la pneumonie latente aient disparu, est l'unique moyen avantageux à l'aide duquel on guérit quelquefois les malades.

Mead (Monita et præcepta medica, cap. I, sect. 19), parle très avantageusement des saignées fréquentes, même dans un état avancé de la maladie ; ayant vu des cas presque désespérés dans lesquels cette pratique fut couronnée de succès : « *Consilium autem temerarium fortasse videbitur*, observe-t-il, *magrescente jam corpore et fractis viribus, hoc auxilii genus tentare. At præstat certe anceps remedium experiri quam nullum ; at cum emolumento minuuntur vires, ubi succurritur in vitio, quod robur corporis assidue plus labefactabit. Idcirco, si exulcerato pulmone vehemens febris urgeat, detractio, quantum sustinere potest æger juvabit, divisa nimirum in ea temporis spatia, quæ ad tempus alendum necessaria sunt, ista medicina. Novi sane rebus nondum plane disperatis, bene cessisse hunc medendi rationem.* »

Clark nous apprend que la pratique des saignées répétées dans le traitement de la phthisie a été introduite dans son pays par *Dover*, qui avait une grande partialité pour elles, attendu qu'il en faisait un usage empirique trop étendu. Sa méthode, suivant *Clark*, consistait à faire journellement une saignée de six à huit onces pendant les premiers quinze jours ; petit à petit il augmentait l'intervalle entre chaque saignée, en y recourant tous les deux, tous les trois ou tous les cinq jours, durant les trois quinzaines successives (1). *Tissot*, *Pringle* et *Monro* ont fait un usage fré-

(1) Voici les propres paroles de *Dover* : — « Un monsieur Masters, chirur-
« gien distingué à Eversham, était si mal de la consomption, qu'il ne pouvait
« plus se tenir debout tout seul. Je lui donnai avis, qu'absolument il fallait se
« résoudre à perdre 6 onces de sang par jour, pendant la quinzaine, s'il vivait
« assez longtemps pour cela ; ensuite, tous les deux jours ; puis tous les trois
« jours, et enfin tous les cinquièmes jours durant le même terme. Ceci arriva
« au mois de novembre passé. Au mois de mars suivant, il fit 47 milles en
« un jour à cheval, savoir : d'Eversham jusqu'à Bristol, pour me remercier de
« lui avoir rendu la vie. Il a vécu plusieurs années depuis : tous ses parents
« sont morts de consomption. Ce fut la première épreuve que je fis de la sai-
« gnée dans cette maladie ; et depuis ce temps-là, j'en ai guéri plusieurs par
« la même méthode.

« Un certain Ambroise Clark, domestique du sieur Jean, Dutton de Sher-
« borne, dans le comté de Glocester, était si exténué de la consomption
« qu'on en désespérait entièrement. Il fut saigné jusqu'à cinquante fois, et en
« peu de temps il fut si bien rétabli qu'encore à présent il jouit d'une santé
« meilleure que jamais.

quent de la phlébotomie et l'ont recommandée dans les dyspnées, dans les constrictions de poitrine, dans les douleurs latérales des phthisiques, avec la clause de la répéter au bout de quelques jours ; et le docteur *Monro* (cité par *Clark*), ajoute que la pratique de tirer quatre à huit onces de sang, lorsque la douleur de poitrine est violente ou que le malade éprouve des chaleurs ou des inquiétudes pendant les nuits, produit plus de soulagement que tout autre moyen; et que les petites saignées répétées, loin de diminuer les forces, s'opposent au contraire à leur épuisement, en allégeant la fièvre étique.

Quoique *Borsieri* ne recommande pas beaucoup les émissions sanguines, cependant les règles générales qu'il pose à ce sujet le donnent assez à entendre, en faisant voir que le principal but du praticien, dans le traitement de la phthisie commençante est de combattre et de vaincre la disposition à la phlogose, sans cesse attisée par la présence des tubercules. — Voici, du reste, comme il s'exprime en traitant de la phthisie pulmonaire, § 75 : « *quare, ut omnis exulcerationis timor arceatur a phthisi incipiente; uberior ad pulmones humorum appulsus cohibendus, congestiones discutiendæ obstructa, referenda, risolvenda tubercula, omnis ad inflammationem, suppurationemque proclivitas removenda, et quæcumque sanguinis acritas, aut alia prava diathesis emendanda.* »

Portal, dans son ouvrage pratique (*Observations sur la nature et sur le traitement de la phthisie pulmonaire* ; Paris, 1792), se loue de la saignée dans plusieurs circonstances et dans diverses phases de la maladie. Il rapporte une observation de *Home* relative à une femme âgée de 22 ans, qui était à son huitième mois de grossesse, et fut affectée d'une fièvre légère avec une toux sèche, laquelle dégénéra en phthisie, comme on le reconnut à la nécroscopie, parce qu'on négligea de recourir à la saignée. — Cette opinion de *Home*, ajoute *Portal*, pourrait être confirmée par d'autres faits. Combien, en effet, ne voit-on pas de phthisies pulmonaires qui sont la conséquence d'une inflammation sourde, lente, cachée du poumon laquelle donne lieu à des congestions lymphatiques auxquelles succède la suppuration. — Après avoir rappelé les exemples offerts par la comtesse *d'Aranda* et madame de *Bourdonne* qui étaient obligées de se faire saigner presque tous les mois, pour éviter l'hémoptysie, il fait remarquer qu'il y a beaucoup d'individus qui sont redevables de leur conservation aux hémorrhagies et aux fréquentes saignées. — La toux, suivant lui, n'é-

(*Thomas Dover*, Bachelier en méd. — *Legs d'un ancien médecin à sa patrie*, traduit en français par un de ses amis. — La Haye, 1734. p. 43-45.

tant produite que par l'engorgement des vaisseaux sanguins, le détruire par la saignée, c'est ôter la toux et prévenir ses suites funestes. « *S'il est des circonstances*, dit-il, *où il faut multiplier les* « *saignées, c'est dans l'état de pléthore*, et cela doit nous servir de « guide. — Il est superflu de citer des exemples heureux de cette « méthode ; j'en pourrais rapporter dix ou douze bien frappants, « que j'ai recueillis dans mes notes, si tous les médecins prati- « ciens n'en avaient tant observé et rapporté dans leurs ouvrages. « Il n'y a que ceux dont les yeux sont offusqués par les erreurs « funestes du préjugé populaire, qui s'élèvent contre les saignées « en pareil cas. Il nous paraît probable qu'on eût empêché de « mourir phthisiques plusieurs des personnes qui ont fait l'objet « des observations que j'ai rapportées précédemment, si on les « avait d'abord copieusement saignées, et si on les avait soumises « à un traitement et à un régime adoucissant et légèrement ra- « fraîchissant. »

Hufeland (*loc. cit.*) observe que dans la phthisie tuberculeuse, il y a toujours beaucoup de tendance à des petites inflammations pulmonaires, qu'il faut arrêter dans leur principe pour prévenir la formation de tubercules et leur terminaison par suppuration. La chose principale à faire, selon lui, est de pratiquer une petite saignée au bras de quatre ou de six onces, à la moindre apparence de douleur à la poitrine ou d'un surcroît de dyspnée; et d'insister, pendant quelques jours, sur un repos absolu et sur un régime réfrigérant, antiphlogistique. Il est heureusement parvenu, au moyen de petites saignées, répétées de cette manière toutes les quatre ou six semaines, jusqu'à en porter le nombre à trente, dans l'âge de seize à vingt ans, et à l'aide de l'observance des règles prémentionnées, de sauver plusieurs sujets; en sorte qu'ils ne conservaient plus de traces de phthisie pulmonaire, quoique la cachexie tuberculeuse fût congéniale chez eux.

Joseph Frank recommande chaleureusement au praticien de se hâter, dès l'apparition des symptômes phlegmasiques, de les combattre aussitôt par une méthode antiphlogistique active, à laquelle on doit aussi, suivant lui, avoir recours dans la phthisie lente. « *Phthisi scrofolosa sese lente evolvente ne methodus antiphlogistica negligatur. Quamvis enim hæc symptomata non admodum urgere videntur, nihilominus, tussicula, dispnœa, et febricula non minus, usum venæsectionis exposcunt, quam aperta illa signa peripneumonica quæ evolutionem phthiseos acutam cominantur* (*loc. cit.*) »

Broussais qui, ainsi qu'une grande partie des médecins italiens, considérait la consomption pulmonaire comme une longue phlogose lente, ou une pneumonie, devait nécessairement recom-

mander la phlébotomie ; il croyait que quand le malade était fort, et présentait un pouls faible, on devait saigner avec plus de hardiesse, et qu'alors la saignée devenait souvent avantageuse. Il conseillait aussi, dans les douleurs pleurétiques, l'usage des sangsues, des émollients, et des révulsifs ordinaires. — Les autres préceptes généraux établis par *Broussais* relativement au traitement de la pneumonie chronique et de la phthisie, nous paraissent sages et, partant, nous proposons de les méditer et de les mettre en pratique. — Comme nous ne pouvons ici entrer dans de plus longs détails à ce sujet, nous nous bornerons à rappeler qu'il avait, avant *Laennec*, cherché à encourager les médecins, à ne pas abandonner les malheureux phthisiques à la nature, qui souvent les traite en marâtre ; mais d'en assumer le traitement, pour tâcher de ralentir et de dompter, si l'on est encore à temps, l'inflammation qui existe ordinairement dans le poumon, et de favoriser la guérison des tubercules et des cavernes tuberculeuses ; en se fondant à cet égard sur l'observation attentive des symptômes, laquelle l'avait mis sur la voie d'une vérité qu'il était réservé à *Laennec* et à ses successeurs de prouver par l'anatomie pathologique, comme en font loi les paroles suivantes : « une phlogose peut exister « pendant plusieurs mois dans la substance du poumon ; ressem- « bler à celle qu'entretiennent ordinairement les tubercules très « avancés ; se terminer ensuite en laissant l'organe en état de re- « prendre ses fonctions, et de les continuer avec autant de régu- « larité qu'auparavant. » (*Histoire des phlegmasies chroniques* ; Paris, 1808.)

Thomas (*Op. cit.* tom. 4, pag. 25), enseigne clairement que, dans le cas où un malade d'une habitude étique, présente des symptômes caractéristiques de la première période de la phthisie, on doit faire tout son possible pour prévenir la formation des tubercules, et pour empêcher leur inflammation et leur suppuration consécutives. On y parvient, en enrayant la maladie pendant plusieurs années ; quand on ne réussit pas à la vaincre tout à fait par un traitement antiphlogistique rigoureux, à l'aide de la saignée, de légers purgatifs et d'une nourriture peu abondante. — On a beaucoup discuté, dit cet auteur, sur l'avantage qu'on retire de la saignée, et celle-ci est vraiment tombée dans un grand discrédit. Je concède volontiers, ajoute-t-il, que dans beaucoup de cas l'usage des sangsues et des autres moyens antiphlogistiques peut avoir été poussé trop loin, mais il est certain que, dans le courant des années qui viennent de s'écouler, un système curatif opposé a été aussi porté à un excès nuisible.

Nous avons déjà fait connaître la profonde sentence d'un grand

pathologiste, je veux dire de *Carswell*, lequel observe qu'il n'y a aucune règle pratique, égale en importance, à celle qui est fondée sur le fait pathologique ; c'est-à-dire, que l'inflammation est la suite fréquente, sinon nécessaire, de la présence mécanique du tubercule. Delà résulte l'opportunité d'une méthode active, qui, selon lui, est utile, sans aucune exception, dans le traitement des maladies tuberculeuses. *Clark*, en s'appuyant sur cette maxime pratique et sur les autorités des principaux auteurs précités, auxquels il ajoute encore les résultats obtenus par *Fothergill*, par *Hosach*, de New-York, par *Cheyne*, de Dublin, qui se sont constamment bien trouvés des saignées répétées dans les différentes périodes de la phthisie, spécialement dans son commencement; *Clark* pose les règles pratiques d'application qui peuvent se réduire aux suivantes : 1° on ne doit pas limiter l'utilité de la saignée aux cas dans lesquels la maladie tuberculeuse des poumons s'est déjà développée ; mais on peut souvent l'employer auparavant, et la prévenir en enlevant la congestion pulmonaire ; 2° dans le cas qu'on adopte la pratique des saignées fréquentes, il faut diminuer chaque fois la quantité de sang et accroître les intervalles ; 3° on ne doit pas tirer beaucoup de sang à la fois, parce que la constitution ne peut suppléer au sang, quand il est trop souvent versé avec profusion ; mais il faut agir avec beaucoup de prudence et de circonspection, tant dans les déplétions générales, que dans les déplétions locales ; 4° le sang peut être extrait avec avantage dans tous les temps de la consomption, alors que les symptômes le requièrent ; 5° après qu'on est parvenu, par la saignée, à diminuer la congestion pulmonaire, dans le cas qu'il soit encore besoin de faire une autre émission sanguine, il vaut mieux de recourir aux ventouses et aux sangsues qu'à la saignée.

Ramagde (*loc. cit.* pag. 28, etc.) après avoir fait remarquer qu'il se manifeste de fréquentes congestions dans l'estomac, dans le foie, dans la rate, dans le pancréas et dans les gros troncs veineux, pendant la phthisie, et même parfois les symptômes d'une phlegmasie sur-aiguë de ces organes, recommande en conséquence l'usage des émissions sanguines : « Si les déplétions ont été négli-« gées, dit-il, ces affections morbides doivent nécessairement « laisser des traces profondes ; mais on ne les rencontrera que fort « rarement chaque fois qu'un traitement rationnel aura été suivi.» — Ici l'auteur fait mention d'un phénomène qui se présente dans la phthisie, que nous ne pouvons, sans reproche, passer sous silence ; nous voulons parler des congestions séreuses, surtout de l'œdème des extrémités inférieures, qui, selon lui, sont souvent la conséquence de l'omission des saignées opportunes. Il déclare, à

ce sujet, qu'il s'est convaincu par un examen réitéré que l'œdème des pieds est un signe constant d'un épanchement à l'intérieur, fait qu'il a toujours eu occasion de vérifier dans les nécroscopies.

L'on sait que quelques praticiens ont remarqué que les phlébites compliquent souvent les maladies chroniques, surtout la phthisie, et que le docteur *Bouchut* (1) a observé, que la coagulation du sang veineux a fréquemment lieu dans les cas dont il s'agit. Cela était connu de *Morgagni* qui avait découvert que, dans les maladies inflammatoires de la poitrine, il existe une tendance à la coagulation du sang et par conséquent à la formation de polypes du cœur. Tout le monde peut constater cette tendance à l'ouverture des cadavres des phthisiques spécialement dans les vaisseaux pulmonaires, où l'on rencontre presque toujours le système vasculaire rempli de polypes filamenteux, ténaces, parfois de la longueur de plusieurs pouces, qui présentent ordinairement une telle disposition à s'organiser qu'en examinant moi-même au microscope leur état intérieur qui ressemblait à une pseudo-membrane, j'y distinguai une apparence d'organisation.

Ces observations semblent démontrer, contrairement à l'opinion de M. *Bouchut*, que la coagulation du sang peut s'effectuer à peu de distance du foyer d'irritation, et non d'une manière aussi exceptionnelle que le voudrait cet auteur quand il dit : « — *La communication entre les veines oblitérées et un organe malade est donc un fait exceptionnel, mais on le rencontre quelquefois.* »

Dernièrement le docteur *Rognetta* (*Annales de thérapeutique*, 1847), a rapporté que M. le professeur *Rayer*, faisait remarquer, dans son service clinique à l'hôpital de la Charité, que beaucoup de phthisiques présentaient, aux extrémités inférieures, de l'œdème, qui provenait d'une phlegmasie des vaisseaux du membre œdémateux, et spécialement d'une phlébite, caractérisée par le développement des veines de ce membre devenues bleuâtres et plus chaudes qu'à l'ordinaire ; affection qui s'étendait jusqu'à la veine poplitée laquelle était épaissie, plus ou moins indurée et parsemée de bosselures rénitentes, en guise de nœuds. A cette occasion, le docteur *Rognetta* observe que ces phlébites ne sont qu'un rejeton, une propagation, un phénomène secondaire de la phlogose vasculaire qui accompagne la maladie et, selon lui, en constitue presque l'essence ; d'où il déduit l'utilité d'un traitement actif, antiphlogistique, propre à combattre cette *phlébo-artérite*, plutôt que de rester à déplorer la conduite funeste de quelques médecins de

(1) Mémoire sur la coagulation du sang veineux. *Gaz. Méd. de Paris*, 1845, nos. 16 et 17 ; et *Ann. Univ. di méd.* t. 82. an. 1845.

Paris qui, parvenus à se créer une nombreuse clientèle par leurs travaux sur la phthisie, ne trouvent rien d'autre à prescrire à leurs phthisiques que des opiats, des côtelettes rôties, du vin de Bordeaux et de l'exercice à l'infini dans les jardins de la capitale ; — *tant il est vrai*, ajoute-t-il, *que tout l'art de guérir n'est pas dans le scalpel anatomique, ni dans la phraséologie des extraits mortuaires de certains médecins soit disant numéristes.* »

Maintenant, revenant aux vues pratiques de *Ramagde*, cet auteur ne cesse de recommander l'utilité de l'instruction, qu'il considère comme base de traitement dans diverses occurrences, déclarant être convaincu depuis longtemps qu'on ne comprend pas encore assez la nécessité de pratiquer des saignées, lui étant arrivé maintes fois d'être consulté, à cause de cette négligence. « Mon but principal, dit-il, dans le traitement de cette maladie, a « toujours été d'arrêter, aussitôt que possible, les symptômes de « la fièvre étique ; dans plusieurs cas j'ai atteint ce but par l'em- « ploi des moyens antiphlogistiques modérés, dont les saignées « générales et locales sont la base. » — A cela, il ajoute avoir observé dans le cours de la phthisie, et particulièrement dans ses premières périodes, que les malades se trouvaient plutôt fortifiés qu'affaiblis à la suite de saignées de quatre à cinq onces, répétées au bout de quelques jours d'intervalle, et de l'application de sangsues sous les clavicules. Il termine ses réflexions sur la saignée, en faisant remarquer qu'il a souvent rencontré couenneux le sang qu'on venait d'extraire.

Ces résultats pratiques de la plupart des grands cliniciens, tant anciens que modernes, y compris les italiens, prouvent suffisamment non-seulement l'efficacité, mais encore la nécessité de saigner, dans la grande majorité des cas de phthisie ; et il est facile de se convaincre que ce précepte est conforme aux lois de la pathologie.

Nous avons démontré précédemment que l'inflammation est un phénomène complexe, un résultat nécessaire, ou, comme le dit *Andral*, l'enchaînement commun de diverses altérations de nutrition et de sécrétion. — Dans la tuberculisation, au fur et à mesure que celle-ci se développe, les fonctions physiologiques de la partie qui en est le siége se troublent ; il s'y engendre une fluxion plus ou moins prononcée qui peut, il est vrai, se présenter sous la forme de congestion passive ; mais, dans la plupart des cas, en vertu de la réaction vitale, qui succède ordinairement à tous les dérangements organiques, il s'ourdit une exaltation fonctionnelle qui réclame bientôt quelqu'évacuation de sang, générale ou locale. En effet, tous les praticiens ont été frappés du soulagement que les hémorrhagies amènent, non-seulement dans la tuberculi-

sation, mais encore dans les maladies constituées par des tissus accidentels, comme dans le squirrhe, dans le cancer de l'utérus ou du sein. De là la conséquence de quelques médecins anglais, que le danger d'une large saignée est toujours moindre que celui de la maladie : *tota tutelæ et restitutionis basis reductione sita est*, disait *Bennet.*

D'après tout ce qui précède, devrons nous abonder aveuglement dans les émissions sanguines ? Qu'on n'aille pas croire qu'un médecin expérimenté ignore que la saignée *est in manu imperiti, uti gladius in dexterâ furiosi ;* mais je ne puis m'empêcher de protester, consciencieusement et courageusement, contre certains médecins de nos jours qui ne pensent qu'à engraisser les phthisiques, mus qu'ils sont par la vaine crainte de diminuer les forces par la saignée, ou d'amaigrir les globules du sang (!), aimant mieux de les laisser mourir (!), et ne réfléchissant pas qu'il n'y a rien de plus déraisonnable que de trop nourrir un phthisique en proie à la fièvre hectique et à un ensemble de troubles généraux et gastriques, que pourrait à peine supporter l'homme le plus robuste, comme si la seule ingestion des aliments, condition indispensable par elle-même, fût en quelque sorte, synonime de bonne digestion et de réparation. — Qui ne sait que, suivant *Diemerbroek ; præstat ægrum debilem sanari quam fortem mori* ; et que la nature ne peut être efficacement médicatrice si l'on ne réduit pas ses mouvements vitaux à de moindres expressions ; si l'organe affecté n'est pas, autant que possible, condamné au repos absolu ? — Aussi, ne suis-je pas porté à regarder comme erronée la comparaison du docteur *Paganini* qui pensait que notre machine étant un ensemble de mouvements dépendants les uns des autres, en connexion et en harmonie, (*consensus unus, consentientia omnia)*, elle ne peut, sans repos ou sans réduction de mouvement, tant dans tout l'organisme, que dans la partie affectée, être guérie de ses dérangements spéciaux et aidée par la nature médicatrice ; — de même qu'un horloger ne peut raccommoder une montre, tant que son mécanisme se trouve en mouvement. — D'où s'ensuit la nécessité non d'exciter, mais de tempérer par des déplétions et des déprimants les mouvements désordonnés, destructeurs, suscités par la réaction vitale ; et l'utilité de l'emploi préventif, dans la phthisie, des saignées et des autres agents qui ont le pouvoir de calmer les mouvements respiratoires; de là, nous le répétons encore, la nécessité d'obtenir le plus grand repos possible de la part de l'organe affecté. Maintenant, qui ne connaît les troubles de la circulation et de l'organe respiratoire et de toutes les fonctions durant une digestion laborieuse ?

Admettant donc, avec les cliniciens les plus éclairés, que la tuberculisation est une cachexie dont le fond organique ne consiste, ni dans la phlogose, ni dans une faiblesse, et que, encore que la saignée ne soit ni un remède certain et direct, ni pas même un moyen toujours nécessaire dans cette affection ; comme il se présente le plus souvent quelque *processus* phlogistique, par suite de la tuberculisation, pendant le cours de la maladie, l'on conçoit l'importance immense et la nécessité presqu'indispensable, dans la majorité des cas, de quelqu'émission sanguine générale ou locale. — Quant au nombre et à la fréquence des saignées, on ne peut jamais assez inculquer la doctrine enseignée par *Tommasini*, fondée sur les signes *indicants et permettants*, et sur la lumière émanée de l'analyse par le rapprochement ou la comparaison, d'où procèdent les vues inductives fournies par le tact médical et par l'expérience de chaque pays et de chaque climat. Telles sont les véritables *vues moyennes* qui établissent la doctrine et la base de toutes les sciences et de tous les arts : *Cum omnis utilitas et facultas operandi in mediis consistat... At media sunt axiomata illa vera et solida, et viva, in quibus humanæ res et fortunæ sitæ sunt, et supra hæc quoque tandem ipsa illa generalissima, talia scilicet, quæ non abstracta sint, sed per hæc media vere limitantur ;* voilà ce que nous enseigne Bacon. — Il appartient donc au médecin qui a été doté par la nature d'une heureuse disposition à la science et qui a su la cultiver par une étude assidue et par une observation attentive, de se tenir dans le juste milieu, en évitant les deux écueils, d'une profusion excessive et inopportune de ce conservateur de la vie, ou d'un usage trop timide des évacuations sanguines.

ÉMÉTIQUES.

Dès le temps du vieillard de Cos, comme nous l'avons déjà dit, on employait les émétiques dans le traitement de la consomption. C'est une chose de fait que pendant et surtout après le vomissement, ou trouve le système sanguin plus affaibli, la respiration moins accélérée et moins gênée, en vertu de la loi de sympathie qui lie l'estomac avec le poumon ; en sorte que dans l'hémoptysie même, suivant la longue expérience des praticiens judicieux, instruits par la propre observation, nous n'hésitons point à ajouter aux saignées des potions stibiées, ayant remarqué que, non-seulement l'hémoptysie ne se manifeste pas sous les efforts de vomissements fréquents, comme quelques-uns le prétendent d'après des raisons mécaniques, mais, au contraire, celle-ci se calme ou s'ar-

rête, comme en font foi des faits patents observés par *Rutz* (1) et dont la réalité, sur le témoignage même de Louis, ne saurait être contestée ; néanmoins, malgré l'évidence des faits, il les a trouvé en opposition avec la pratique journalière et avec les principes qui le guident en pareil cas. En conséquence, il croit qu'on doit nécessairement plutôt hésiter que de recommander l'usage d'une substance qui semble plutôt faite pour augmenter que pour enlever le péril qu'il s'agit de conjurer. Mais, ensuite, contrairement à ces considérations, il se trouve, par la force de la vérité, engagé à consentir à une semblable prescription, comme il apert de ses propres paroles : « — *Pourquoi dans des circonstances aussi graves, quand il semble désormais impossible d'attendre quelque chose des efforts de la nature et de l'art, pourquoi ne pas avoir recours à un moyen qui a été quelquefois employé avec succès, et qui par conséquent offre encore quelques chances de salut?*

Dans ces réflexions de *Louis*, on reconnait un exemple évident *della sua scarsa conoscenza*, de son manque de connaissance, nous osons le dire, défaut commun chez beaucoup de ses compatriotes, sur l'action des médicaments, puisqu'il appelle empirique un mode de prescription lequel, étant fondé sur la véritable manière d'agir de l'agent pharmaceutique, résiste à l'épreuve de tous les raisonnements et de la plus sublime théorie, et *sic de cœteris*. Quant aux italiens, non-seulement ils connaissent l'action déprimante du principal des émétiques, c'est-à-dire du tartre stibié, mais ils connaissent encore généralement son pouvoir de ralentir les mouvements respiratoires, de diminuer la force et la fréquence de la circulation.

Quoique les émétiques aient été prescrits pour remplir différentes indications par divers praticiens, cependant leur effet avantageux, dans le cas dont il s'agit, a été généralement reconnu.— Nous ne nions pas que quelques médecins modernes *stimulantistes*, remarquant que leur emploi est suivi d'une faiblesse nécessaire et de quelques évacuations ou douleurs intestinales, croient pour cela le malade perdu, comme le disent *Rillet* et *Barthez* qui, d'accord avec plusieurs autres médecins français, proposent de bannir ce médicament du traitement de la tuberculisation, à cause des vomissements qui peuvent succéder à son administration, dans l'ignorance, nous le répétons, des effets dynamiques et sympathiques, d'un agent si puissant. — Suivant ces auteurs : « Le dévoiement qui suit son usage est pernicieux, par l'affai-« blissement qu'il détermine, et parce qu'il peut être l'origine des

(1) *Op. cit.* Sur la phthisie de la Martinique.

« lésions intestinales d'autant plus graves que l'entérocolite accom-
« pagne fréquemment la maladie tuberculeuse. » Voilà une proposition générale qui, traduite en application pratique et soumise à l'expérience, ne devient qu'occasionnelle et surtout ne réflettetterait que les inconvénients d'un usage trop prolongé.

Par contre, *Rognetta* a déjà répondu victorieusement à toutes ces observations (1), en observant que l'émétique ne doit pas épouvanter les médecins, si dans les hémoptysies il peut donner lieu à des vomissements, parce que, dans cette maladie, le sang ne transsude pas par une simple action mécanique susceptible d'être favorisée par les mouvements antipéristaltiques de l'estomac ou par les secousses du diaphragme, etc. ; mais bien plutôt en vertu d'une exhalation dynamique, d'un travail phlogistique chronique propre aux vaisseaux et aux endroits où le sang est exhalé et épanché. L'hémoptysie n'est donc pas le résultat d'un *processus* ou d'un état passif capable d'être modifié ou influencé par le vomissement ; mais plutôt, au contraire, une action pathologique, une exsudation artérielle anormale. Et, en effet, si l'on examine le pouls du malade qui vomit après avoir pris du tartre stibié, on le trouve plutôt faible et lent, pendant les efforts qu'il fait ; tandis que le vomissement est le résultat de l'absorption déjà effectuée de l'émétique.

Au reste, quoiqu'il en soit de quelques médecins modernes qui ne s'appliquent ni à acquérir des connaissances en matière médicale, ni à profiter du fruit des expériences des autres, *Roche* les apprécie très bien, dans le passage suivant : « Dans ce siècle d'individualisme, ou chacun, sous le prétexte de marcher dans son indépendance et sa liberté, rêve la prétention de refaire la science pour son propre compte ; où chacun a par conséquent sa science à soi, petite, étroite, mesquine, comme toute œuvre qui n'est pas collective, où l'on n'a de foi, de zèle que pour ses propres opinions ; où l'on rougirait de travailler sur les errements d'autrui, de se l'avouer à soi-même, et de l'entendre dire à d'autres ; siècle mortel au progrès, dont, sans le comprendre, il a cependant inscrit orgueilleusement le nom sur la bannière. » En outre nous ne pourrions mieux évaluer la mesquinité de leurs idées sur ce point qu'en les comparant avec les vues claires et sublimes de l'illustre *Morton* : « A qua vomitione, non tautum ventriculus hu-
« morum saburra oppressus relevari, et nausea inde nata tolli et
« digestio restitui possint (quæ omnia non sunt flocci habenda)
« verum etiam moles humorum jam pulmonibus impactorum,

(1) Journal cité. déc. 1846, p. 332.

« harum partium exagitatione inter vomendum, insigniter expec-
« torari solet, una cum notabili relevatione ponderis gravativi a
« mole ista affecti. Atque hoc ritu, non tantum plurimos empiricos
« vidi, cum successu felici, sese omnem incipientem phthisim
« curaturos gloriari, verum etiam, ipse ego ratione et expe-
« rientia fretus sæpissime phthiseos incipientis progressum,
« eodem modo, brevi temporis spatio, præpedivi, etc., etc. »
Et ailleurs, à propos des cas compliqués d'hystérie et d'hypochondrie, il dit : « vomitatoria vero lenia et ægri viribus æqualia,
« opitulando cerebro et nervis, in principio morbi, instar mira-
« culi hujusmodi phthisicos relevare solent. »

Mais, puisque nous venons de parler de *Rillet* et *Barthez*, avec quelles plus puissantes armes, pourrions-nous les combattre qu'avec les leurs propres? Ces auteurs citent un cas de phthisie ganglio-pulmonaire dont la guérison s'obtint presqu'exclusivement par le tartre stibié qui fut d'abord administré pendant treize jours consécutifs ; puis, aucune amélioration n'étant survenue, on y revint ; après quoi, à l'aide de la seule méthode expectante et de l'usage des *eaux Bonnes*, le malade se rétablit (1); puisqu'ils remarquent que la disparition des signes physiques coïncide avec *le retour de l'embonpoint et de la gaîté qui leur fait espérer que la guérison a été complète.* »

Ce n'est donc ni l'autorité ni la pratique qui ont inspiré à ces auteurs le mépris de l'expérience des siècles, mais bien plutôt les vues théoriques personnelles, rétrogrades. Et, en effet, ce n'est certainement pas l'expérimentation clinique qui a pu faire changer d'avis à un *Andral*, à ce clinicien habile et judicieux qui, dans un article du *Dictionnaire de médecine* et dans sa *Clinique médicale*, établissait ainsi la première règle de traitement : — *Combattre la congestion sanguine, variable en intensité, qui précède et accompagne la sécrétion des tubercules pulmonaires.* Depuis, il s'est converti, et maintenant, comme contemplateur froid, impassible et inactif des globules sanguins et des proportions de la fibrine, il ne fait rien d'autre dans la phthisie, que de laisser aller les pauvres patients dans l'autre monde, quand la nature ne parvient pas à s'en débarrasser par elle-même.

Pour résumer en peu de mots les témoignages positifs de tant de praticiens en faveur de l'effet avantageux des émétiques, nous dirons que, depuis le temps où florissait *Morton* ; *Robinson*, *Reid*, *Maryad*, ont beaucoup recommandé leur usage ; même *Bayle* plaçait les émétiques parmi les plus précieux remèdes dans les

(1) *Loc. cit.*, p. 315-318.

premiers temps de la phthisie. « Les *vomitifs plus ou moins réitérés, les purgatifs, les amers, etc., remédient à cette complication gastrique, et font même cesser quelquefois les symptômes de la phthisie. Thomas* dit à ce sujet : « L'administration d'un émétique, tous les deux ou trois jours, est ordinairement accompagnée d'un effet très heureux, et semble vraiment un des plus efficaces remèdes que l'on connaisse, quand il est employé dans la première période de la maladie. On ne devra jamais oublier un pareil remède, hormis le cas de grossesse. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

SUR LES RECHUTES DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET SUR L'IRRITATION SPINALE EN PARTICULIER ;

par F. Binard, médecin.

Dans un article *Sur les rechûtes des fièvres intermittentes et les moyens de les prévenir*, M. le médecin principal Gouzée (1) attribue surtout cette fâcheuse tendance aux récidives : 1° à la tuméfaction de la rate dans un grand nombre de cas, et 2° dans quelques autres, à la sensibilité anormale que l'on rencontre aux deuxième, troisième et quatrième vertèbres dorsales en les comprimant de haut en bas. Selon lui, la fièvre ne peut être regardée comme radicalement guérie, tant que cette douleur n'est pas éteinte sans retour. Cette question des rechûtes des fièvres intermittentes étant d'une haute importance pour la médecine militaire dans nos climats, je crois aussi devoir faire connaître ce que j'ai eu l'occasion d'observer, dans ces derniers temps, sur le même sujet. La tuméfaction de la rate est presque toujours, pour moi, la condition *sine quâ non* de la récidive des fièvres d'accès, comme je l'ai déjà fait connaître plusieurs fois ; mais je reviendrai plus loin sur ma manière de voir à cet égard.

Je crois devoir d'abord m'occuper de l'opinion qui rattache, dans certains cas, les rechûtes de la fièvre intermittente à une irritabilité anormale, douloureuse, de la région spinale, opinion qui a été émise par plusieurs médecins. Il est bon, je pense, d'entrer à ce sujet dans quelques explications, il faut autant que possible se rendre compte du phénomène dont il s'agit, de sa nature, de sa cause, et enfin voir s'il est de quelque valeur dans la prédisposition aux rechûtes des fièvres intermittentes.

(1) *Archives de médecine militaire*, septembre 1850, p. 169.

Stiebel, en 1823, a le premier (1) attiré l'attention sur ce phénomène de la sensibilité vertébrale à la pression. En 1828, Brown introduisit l'expression d'irritation spinale dans la science et rattacha à ce symptôme plusieurs affections morbides des parties qui reçoivent leurs nerfs du point de la moëlle où siége cette irritation anormale. John Marshall fit paraître plus tard une monographie sur cette nouvelle maladie. En 1841, fut enfin publié l'ouvrage de Stilling. On ne peut contester qu'à dater de cette époque ce symptôme ne soit devenu d'une grande importance dans le diagnostic de plusieurs maladies.

En général, la douleur produite par la pression est plus vive dans les maladies aiguës et les fièvres que dans les affections chroniques. Dans les constitutions où les maladies asthéniques dominent, on observe les irritations spinales en plus grand nombre, et quoique lors de la domination des maladies hypersthéniques ou inflammatoires elles soient moins fréquentes, on les voit néanmoins encore assez nombreuses. L'action du plomb et de ses préparations est remarquable dans la production de ce phénomène.

Le docteur Eisenmann (2) a réuni sous les quatre chefs suivants, les causes nombreuses qu'il considère comme pouvant produire l'irritation spinale : 1° Les congestions ou les inflammations qui sont secondaires ou la suite d'une autre irritation (nous en dirons un mot plus bas), ou bien primitives et très-souvent produites par les causes qui déterminent la pléthore abdominale. Il se peut aussi qu'une congestion de la partie supérieure de la moëlle soit occasionnée par une congestion cérébrale quelconque. 2° Outre ces congestions simples, il y a beaucoup de congestions dyscrasiques de la moëlle épinière, parmi lesquelles les rhumatismales sont les plus fréquentes, et qui, à cause de leur disposition aux épanchements séreux, sont très dangereuses. Parfois ce sont aussi les scrofules ou la syphilis, qui donnent si facilement lieu aux productions anormales et hétérogènes, ainsi que d'autres dyscrasies, qui sont le point de départ de l'irritation spinale. 3° Des causes d'irritation à la périphérie sont aussi souvent l'origine du développement d'irritations sympathiques de la moëlle épinière, lesquelles dans le principe sont de nature dynamique, mais plus tard produisent des congestions. C'est ainsi que l'irritation de la muqueuse intestinale par la présence des vers peut occasionner la chorée, etc.;

(1) Il est juste de faire observer qu'avant lui Joseph Frank avait consacré à la rachialgie un chapitre spécial, qui contient beaucoup de faits très-intéressants. (*Traité de médecine pratique*, tome III, p. 245, Paris 1838).

(2) Schmidt's encyklopædie.

mais la cause la plus fréquente est l'irritation des organes génitaux. 4° La grande faiblesse peut aussi déterminer la douleur vertébrale, parce qu'alors les causes les plus minimes donnent lieu à des congestions locales, et que les congestions les plus légères peuvent amener de graves lésions.

Les opinions de Hinterberger qui la rattachait à l'inflammation de la moëlle, et de Kremers qui la considérait comme une irritation de cette organe due au refoulement de la sérosité par la pression pendant l'écartement des vertèbres, ne peuvent plus être raisonnablement soutenues aujourd'hui. En 1840, M. Bassereau, en la considérant comme une névralgie qui avait son siége dans les branches postérieures des nerfs dorsaux, indiqua en partie la vraie nature du mal. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*). Stilling fit voir aussi, à la même époque, que c'était en comprimant les parties latérales des vertèbres qu'on provoquait une sensation douloureuse dans les parties recevant les branches postérieures des nerfs spinaux; mais il prétendit en même temps que le siége véritable de cette sensibilité anormale n'est pas dans les cordons nerveux eux-mêmes, mais dans la moëlle épinière, et que cette douleur spinale n'est qu'un phénomène excentrique de l'irritation des fibres nerveuses sensitives, dont l'excitation provient de l'organe central.

M. Eisenmann (1) l'a considérée d'abord comme une irritation vasculaire de la moëlle épinière ou de ses membranes, mais qui souvent dans le principe est purement dynamique. Plus tard il a modifié son opinion en ce sens que l'irritation spinale est, dans le commencement, purement nerveuse ou dynamique, caractère qu'elle peut conserver constamment; ou bien elle est le point de départ d'une hypérémie consécutive. Ce serait donc réellement une excitation ou surexcitation des nerfs de la sensibilité ou de la motilité et de ceux de la vie organique; l'hypérémie qui vient ultérieurement s'y ajouter, ne se montre que si l'irritation des nerfs sensitifs, moteurs et végétatifs, se transmet aux nerfs du système vasculaire.

Le docteur Zimmermann (2), qui a publié plusieurs articles intéressants sur les fièvres intermittentes, admet que la douleur spinale dépend le plus ordinairement des nerfs sensitifs des tissus fibreux qui entourent les vertèbres, et des muscles situés dans le voisinage. Selon le même auteur, et nous penchons pour cette opi-

(1) Loco citato.

(2) Archiv. für physiologische heilkunde, 1850, p. 568.

nion, la douleur vertébrale n'est point une névralgie, mais elle est due à une hypérémie des parties fibreuses, tendineuses et musculeuses du rachis. Cette sensibilité morbide est parfois si intense, qu'elle détermine dans les nerfs sensitifs un degré d'irritation assez élevé pour qu'ils soient affectés de douleurs spontanées ; plus fréquemment néanmoins, elle ne se réveille que lors des mouvements ou par la pression des parties où elle se fait sentir. Elle a une certaine analogie avec les douleurs rhumatismales.

L'irritation spinale, qui a été considérée par quelques médecins français comme une simple névralgie intercostale, n'a pu être jugée à ce point de vue assez restreint qu'en n'envisageant qu'un des côtés de la question. Il y a, en effet, des circonstances si spéciales qui concourent au développement, qui président à la marche, à la durée, aux terminaisons et même au traitement des irritations spinales, qu'on est obligé de reconnaître dans cet ensemble phénoménal, parfois si caractéristique, autre chose que la simple névralgie d'un ou de plusieurs nerfs vertébraux. Malgré l'opinion si imposante de M. Valleix sur cette matière, nous pensons qu'il n'a pas prouvé, comme il le croit, que l'affection spinale admise par une foule de médecins anglais et allemands du plus haut mérite, ne soit pas d'une nature toute particulière et bien différente de la simple névralgie dorso-intercostale. Nous voulons bien croire que, dans beaucoup de cas, on a admis un peu légèrement cette maladie nouvelle, qu'il est même des auteurs qui parfois ont sacrifié à la mode ; mais ces exagérations ne nous porteront pas à méconnaître cette affection dans les cas où elle se montre avec ses symptômes particuliers, à la suite de certaines causes dont nous avons fait mention plus haut, et où elle peut fournir des données utiles au diagnostic et réclamer un traitement qui lui soit propre.

Avant de terminer ce paragraphe, je crois devoir encore citer le passage suivant de l'article du docteur Zimmermann, qui est complétement d'accord avec ma manière de voir sur l'importance de la douleur spinale comme *criterium* de la guérison de certaines fièvres intermittentes. « Puisque la douleur spinale est un symptôme qui, dans son essence, n'a presque rien de commun avec les divers processus morbides auxquels il est lié, ce n'est donc pas autre chose qu'une complication dépendant de certains rapports individuels. Il est bon par conséquent de se demander si elle mérite qu'on y fasse attention, et si elle exige un traitement spécial. On peut répondre en général d'une manière négative, car le traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine a prouvé qu'elle disparaît d'elle-même quand le processus fébrile a cessé. La même

chose a lieu si les malades doivent leur guérison aux ventouses scarifiées appliquées à la région lombaire (1). »

L'opinion de Kremers, qui prétend qu'on ne doit point considérer le processus fébrile comme annihilé, et qu'on doit craindre les récidives *tant que persiste la douleur vertébrale*, n'est pas fondée : j'ai pour ma part, Dieu sait quel grand nombre de fois ! vu des malades être de nouveau attaqués de la fièvre, lorsque déjà depuis longtemps la douleur spinale avait disparu.

Chez les individus atteints de fièvres intermittentes et qu'on traite au moyen du sulfate de quinine, il me semble rationnel, si la douleur spinale existe, de la combattre par un traitement dirigé contre l'hypérémie vertébrale. En bonne règle le traitement, pour chaque cas individuel de fièvre intermittente, doit être subordonné aux circonstances particulières ; c'est pourquoi dès qu'il existe des symptômes spéciaux, il est indiqué de les combattre : d'ailleurs on sait que le sulfate de quinine fait d'ordinaire disparaître la fièvre avant d'enlever l'hypérémie spinale, d'où il résulte qu'il ne produit que lentement le retour de la circulation veineuse à son état normal. De cette manière la question me paraît être convenablement posée, et sans ajouter une importance extrême au phénomène de l'irritation spinale dans les fièvres intermittentes, surtout comme pouvant être cause des rechûtes, il sera toujours évidemment avantageux de le combattre par un traitement local, s'il persistait après la disparition des symptômes fébriles qui auraient cédé au sulfate de quinine, etc.

L'engorgement de la rate, tant qu'il n'a pas disparu, est selon moi, la cause presque constante des rechûtes des fièvres intermittentes. Depuis 1846, je me suis spécialement occupé de la plessimètrie splénique, et toujours j'ai pu dans les cas de récidive de fièvre intermittente, surtout paludéenne, constater un développement de la rate plus ou moins considérable. C'est pourquoi j'adhère complétement au § 8932, du *Traité de médecine pratique* de M. Piorry, qui est ainsi conçu :

« La fièvre récidive presque toujours tant que la lésion anatomique de la rate persiste. C'est n'avoir rien fait que de dissiper les accès fébriles. On ne peut compter sur un véritable succès qu'au moment où la rate est revenu à ses dimensions normales. »

Tout en attachant une haute valeur au fait qui est signalé dans ce paragraphe, je ne puis pas dissimuler qu'il est parfois bien

(1) Le docteur Zimmermann a publié un mémoire intéressant sur le traitement des fièvres intermittentes par les émissions sanguines locales. (*Pr. Ver-Zeitg*, Nos 35 et 36, 1847.)

difficile ou même impossible d'obtenir un résultat aussi complet, quel que soit le traitement qu'on emploie pour combattre les symptômes fébriles ou l'altération de la rate. Cet organe, éminemment vasculaire et d'une texture si favorable aux congestions sanguines, ne revient souvent qu'avec peine à son état normal quand la splénotrophie a duré pendant quelque temps. Ce n'est, en effet, que bien lentement qu'on peut alors réussir à faire disparaître totalement l'engorgement splénique. C'est aussi là, pour moi, un des motifs principaux qui expliquent la tendance de la rate à redevenir le siége d'un développement morbide plus ou moins considérable sous l'influence de la moindre cause occasionnelle.

On doit tirer de là une conclusion qui me semble importante pour le traitement des fièvres d'accès, à savoir : qu'il faut toujours s'empresser de les combattre dès qu'on en a reconnu la nature, et que le plus sûr moyen d'atteindre efficacement ce but, c'est d'employer de prime-abord le sulfate de quinine à haute dose afin de les couper le plus tôt possible. Aussi j'ai l'habitude de prescrire aujourd'hui le sulfate de quinine à la dose d'un gramme en solution acidulée, à prendre en une ou deux fois quelques heures avant le retour de l'accès. Il est rare qu'il soit besoin de recourir à une nouvelle dose de sulfate de quinine pour couper la fièvre. Si ce résultat n'était pas obtenu, il faudrait nécessairement répéter le lendemain la même dose ou un peu moindre. A quelques jours d'intervalle, si la rate conserve un volume anormal, j'ai de nouveau recours au sulfate de quinine et, dans quelques cas, j'agis localement sur la région splénique, par les ventouses scarifiées et le vésicatoire combinés parfois au sulfate de quinine. Dans les cas récents ce traitement me réussit presque toujours et ramène la rate à son état normal. Mais il est facile de comprendre qu'il n'en est pas toujours et qu'il ne peut en être de même dans les cas anciens où la fièvre a récidivé une ou deux fois, lorsque l'organe splénique offre une altération plus ou moins importante. C'est alors qu'on éprouve souvent beaucoup de difficulté à couper la fièvre, que les symptômes fébriles, presque permanents et de longue durée, amènent tôt ou tard cette faiblesse générale, cette cachexie particulière aux fièvres intermittentes, qui réclame si souvent un traitement spécial. C'est aussi alors qu'on rencontre parfois l'irritation spinale, bientôt suivie de l'hypérémie de la moëlle, dont il a été question plus haut, et qui peut être la source d'une indication toute particulière.

Nous croyons donc pouvoir le répéter : le meilleur moyen d'éviter les rechûtes des fièvres intermittentes, c'est d'en supprimer les symptômes au moyen du sulfate de quinine administré le plus

tôt possible et à forte dose. Il faut ensuite ne pas considérer trop tôt l'affection comme guérie, surtout avant que la rate ne soit revenue à un état aussi normal que possible. Nous ne croyons pas devoir nous étendre ici sur le traitement particulier qui pourrait être indiqué dans certaines complications spéciales, telles que l'anémie, l'œdème, l'ascite, l'engorgement du foie, etc., car leur traitement rentre complétement dans la thérapeutique générale, et doit nécessairement se régler d'après les indications qui se présentent.

(*Archiv. belges de méd. milit.*, août 1851.)

ESSAI SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DES PARTIES CONSTITUANTES DE L'APPAREIL OPTIQUE ; OU ORGANISATION DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES ;

par P.-J. Vallez, docteur en médecine, chirurgie, accouchements ; maître-oculiste, à Bruxelles.

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

Du globe de l'œil en général.

L'œil est l'organe immédiat de la vision.

De l'avis de plusieurs auteurs, l'organe visuel n'est qu'un microcosme dans le grand tout de l'individu. Il peut être considéré comme le plus précieux don que le créateur nous a fait.

Situation. Le globe de l'œil est situé à la partie supérieure et latérale de la face, en dedans et un peu en devant d'une cavité appelée orbite.

Développement. Chez le fœtus, l'œil est le plus développé proportionnellement aux autres organes; mais il y a entre l'encéphale et l'œil, une proportion de croissance rigoureuse, qui met ce dernier en rapport exact avec le centre essentiel de l'intelligence.

L'œil est doué d'une exquise sensibilité, et a beaucoup de sympathie avec les autres parties de l'économie.

Sa grande mobilité dépend de l'action coordonnée de ses six muscles.

Organisation. L'œil est composé :

1° De membranes très variables par rapport à leur structure, leur

siège, leurs fonctions, leur consistance, leur sensibilité, leurs sympathies respectives et leurs connexions ;

2° D'humeurs, de nature et de quantité variables ;

3° De corps particuliers, tels que le cristallin et le cercle ciliaire ;

4° De canaux ;

5° On y trouve aussi des nerfs, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques et du tissu cellulaire particulier.

Forme. En regardant l'œil de profil, on voit que chez l'homme il est à peu près sphéroïdal, d'un aspect lisse et éclatant, légèrement déprimé vers l'implantation de ses muscles droits, et qu'il représente deux portions de sphères distinctes, mais unies, dont l'une forme les quatre cinquièmes postérieurs de l'organe appartenant particulièrement à la sclérotique et aux membranes sous-jacentes : cette portion de sphère offre une blancheur très marquée. L'autre portion, plus petite, offre en avant une convexité transparente plus prononcée d'ordinaire chez les myopes, chez les jeunes sujets et les adultes, que chez les presbytes et les vieillards, et forme à peu près le cinquième antérieur du globe oculaire. Cette convexité appartient uniquement à la cornée.

Dimension. Le grand diamètre de l'œil, ou l'antéro-postérieur chez l'adulte est de neuf à onze lignes d'étendue : les autres diamètres transverses et verticaux ont une ligne en moins.

En général, ses dimensions sont moins fortes chez la femme que chez l'homme.

L'Arabe a l'œil tant soit peu plus petit que nous ; de plus ce dernier est constamment en mouvement.

Pesanteur. Le bulbe de l'œil seul, pèse en général chez les Européens cent trentre trois grains ; chez les nègres, il en pèse huit de plus.

Direction. L'homme a les yeux dirigés en avant. Les axes des yeux ne sont point en rapport avec les axes orbitaires qui sont obliques en dehors ; mais l'axe d'un œil est ordinairement parallèle à son congénère.

L'implantation du nerf optique n'est point au centre de l'œil, mais un peu plus en dedans vers le nez.

Rapports. En devant, le globe oculaire est recouvert par la membrane conjonctive. Dans ses deux tiers postérieurs, il communique avec les muscles qui y prennent insertion en même temps que la capsule fibreuse ou facia-orbitaire ; il est en rapport aussi avec des vais-

seaux artériels, veineux et lymphatiques, de plus avec des nerfs, de la graisse, avec la glande lacrymale et la caroncule du même nom.

La couche épaisse de tissu cellulaire graisseux est destinée à combler les vides péri-oculaires et à faciliter les fonctions de l'œil. Cette couche graisseuse est séparée de l'organe visuel, par la capsule fibreuse sus-mentionnée.

Généralités. « Le professeur Beer, croyait que l'œil était le résultat d'un prolongement sacciforme de la cellule cérébrale antérieure qui, poussée insensiblement en avant, formait d'abord une vessie unique pour les deux yeux, et se partageait plus tard pour en former deux. »

« Huschke et autres savants admettaient que le globe oculaire se formait en partie par une rentrée tégumentaire semblable à celle qui produit les cryptes des muqueuses et les bulbes pileux et sébacés de la peau. »

Cette dernière théorie a paru assez satisfaisante jusqu'à ce jour. Il y a aussi des auteurs contemporains qui ont considéré l'œil comme étant un prolongement du cerveau, mais modifié d'après sa position et la fonction qu'il devait remplir.

Ils l'ont comparé au cerveau parce que trois fortes membranes superposées en forment la principale charpente et sont, pour ainsi dire, de même nature que celles du cerveau. Quoiqu'il en soit, l'œil peut être comparé à un instrument de dioptrique, divisé en deux parties :

A. Appareil optique de l'œil, comprenant les différents milieux réfringents de cet organe, le squelette oculaire et les parties qui l'environnent.

B. Appareil recevant l'impression de la lumière, composé de la rétine, du nerf optique et de la partie du cerveau qui préside à la vision. (Adelon.)

Plusieurs corps réfringents sont placés successivement dans l'intérieur de l'œil, les uns convexes, les autres concaves, propres à modifier les rayons lumineux. Leur consistance n'est pas la même chez tous.

L'aspect lisse et éclatant de l'œil est dû à la conjonctive, car quand on enlève celle-ci, ces qualités disparaissent. Les yeux n'ont pas toujours la même couleur à droite et à gauche. Leur teinte uniforme peut changer suivant les individus pendant les dix premières années de l'âge.

La grandeur des yeux est sujette aussi à des variétés chez la même personne.

Quant à la force visuelle, elle peut également varier aux deux yeux ; en effet, il n'est pas rare de rencontrer, dans la pratique, des sujets qui se plaignent d'avoir un œil plus fort que l'autre, ou bien ils sont myopes d'un côté, et presbytes de l'autre.

Quelquefois on naît avec un seul œil (cyclopie). Roy, Deroubaix et Gluge ont publié des cas de cette anomalie.

Dans l'embryogénie, la cornée, l'iris, le cristallin, le nerf optique peuvent s'arrêter dans leur développement ou manquer totalement.

Il peut arriver aussi qu'il se dépose de la matière osseuse ou pierreuse dans différentes parties de l'œil, soit congénitalement, soit accidentellement.

Toujours est-il que jamais l'œil n'est entièrement ossifié.

Enfin, disons que Rau et plusieurs autres praticiens distingués ont rencontré des cas d'absence des deux yeux.

Ophthalmographie.

Indiquons d'abord sommairement et d'une manière méthodique suivant leur ordre de superposition de dehors en dedans, les différentes parties constituantes du globe oculaire, pour en bien apprécier l'ensemble, avant que de les étudier séparément.

Nous les divisons en trois catégories :

Première catégorie. Celle-ci comprend la conjonctive, le facia sous-conjonctival, la membrane de Thénon, la sclérotique, la membrane de Jacobson, la choroïde, la membrane de Jacob et la rétine.

Deuxième catégorie. La cornée, la membrane de l'humeur aqueuse, l'humeur aqueuse, l'iris, la membrane pupillaire, la cristalloïde divisée en antérieure et postérieure, l'humeur de Morgagni, le cristallin, la membrane hyaloïde et le corps ou humeur vitrée.

Troisième catégorie. Le cercle ou anneau ciliaire, les muscles ciliaires, les procès ciliaires, le canal de Fontana, le canal de Petit, le canal hyaloïdien, enfin les chambres de l'œil.

Article Ier.

(PREMIÈRE CATÉGORIE.)

De la conjonctive.

Situation. La conjonctive recouvre entièrement l'œil et la face interne des paupières. Elle forme le repli sémi-lunaire nommé *membrane*

clignotante aux angles internes de cet organe, pénètre dans les points lacrymaux et se prolonge jusque dans le sac lacrymal. Cette tunique change de structure en partie, dans ses différentes situations et fonctions.

Faces. Cette membrane a deux faces, une libre, ordinairement humide, luisante, et une adhérente aux parties sous-jacentes. Dans sa partie sclérotidale la conjonctive est lâchement unie à l'œil pour en faciliter les mouvements, et dans sa partie cornéale, elle est très intimement adhérente à ce tissu.

Origine. Des auteurs regardent la conjonctive comme la continuation de la pituitaire, ou l'amincissement et le prolongement de la peau. Il en est d'autres qui pensent qu'elle naît de toute pièce indépendamment d'autres tissus, c'est-à-dire qu'elle a son individualité propre, elle serait alors *sui-generis;* c'est aussi notre avis.

Organisation. D'après les diverses altérations morbides de la conjonctive, et instruit par les dissections d'anatomistes distingués, on peut admettre que cette membrane est muqueuse, dense, rougeâtre, veloutée ou folliculeuse, mince et composée de plusieurs couches superposées dans ses parties palpébrales et lacrymales, seules susceptibles de reproduction. C'est cette partie qui se recouvre particulièrement de granulations.

La portion de la conjonctive scléroticale est une muqueuse modifiée; car cette membrane a des caractères qui appartiennent aux séreuses. Elle est très élastique, blanchâtre, et se laisse fortement distendre dans son état pathologique (chémosis).

La partie de la conjonctive qui recouvre la cornée est une espèce d'épithélium spécial, que l'on peut considérer comme fibro-vasculaire, translucide, très résistante, et qui sert de soutien à la cornée qu'elle protège contre les influences extérieures. Ce qui nous fait croire que la conjonctive est fibro-vasculaire sur le miroir optique, c'est que la phlegmasie de la conjonctive sclérotidale vient se briser, en quelque sorte, autour de la cornée et que, dans quelques cas, l'injection se continue sur cette dernière membrane, sans interruption de continuité.

Artères. La conjonctive reçoit une grande quantité de vaisseaux sanguins qui, s'anastomosant ensemble, forment un réseau. Ses artères sont, l'ophthalmique, la lacrymale, l'oculo-musculaire, la palpébrale supérieure et l'inférieure. Des anastomoses de la palpébrale supérieure avec la sourcilière, la temporale antérieure et la lacrymale, résulte l'arc tarsien supérieur. La sous-orbitaire, la nasale et la palpébrale

inférieure, forment l'arc tarsien inférieur. De l'extrémité de ces trois dernières, naissent les artères ciliaires longues, qui concourent à la formation du grand arc irien.

Au pourtour de la cornée, ce lacis vasculaire forme une espèce de couronne qui, dans l'état pathologique, devient appréciable. De cette couronne partent une quantité innombrable de ramifications sur la surface cornéale. La connaissance de ce réseau est très importante dans le diagnostic et le traitement des ophthalmies.

Veines. Des extrémités capillaires artérielles, naissent les veines qui prennent une marche rétrograde. Ce sont les veines tarsiennes, palpébrales, faciale antérieure, temporale, frontale et orbitaire inférieure.

Vaisseaux lymphatiques. L'existence des vaisseaux lymphatiques dans la conjonctive a été depuis longtemps admise par Mascagni et par Ruysch ; et dans ces derniers temps constatée par les belles injections de Fohmann.

Nerfs. La conjonctive palpébrale et particulièrement la supérieure, doit son extrême sensibilité au grand nombre de nerfs dont elle est pourvue.

Ce sont, d'après Meckel, des nerfs venant :

1° De la branche nasale externe ;

2° Du nerf frontal interne ;

3° Du nerf sous-orbitaire.

Le nerf palpébral inférieur provient du sous-orbitaire, ainsi que les filets zigomatiques du facial.

Les nerfs de la conjonctive oculaire proviennent des quatrième, cinquième et septième paires.

Cette membrane reçoit encore un filet sympathique du ganglion cervical supérieur.

Fonctions. La conjonctive est le manteau de l'œil, elle facilite les mouvements du bulbe oculaire par sa manière d'être, et sécrète constamment un liquide bienfaisant qui rend l'œil luisant. Quant à sa portion cornéale, elle joue un certain rôle dans l'acte de la vision, comme organe de la réfraction.

L'altération ou l'enlèvement partiel de la conjonctive cornéale détermine de suite une kératite aiguë avec trouble fonctionnel.

Généralités. L'inflammation de la muqueuse palpébrale a des sympathies pathologiques avec la muqueuse des voies digestives, génitales, et avec la peau ; et vice-versâ. De là, les conjonctivites si variées.

L'immortel Winslow, avait admis l'existence de la conjonctive sur la cornée ; cette assertion a été appuyée par Scarpa, à l'aide de ses injections. Dans ces dernières années, Carron du Villards est venu confirmer le dire des deux savants ophthalmologues. Il a fourni les preuves suivantes :

« 1° Dans la dissection du fœtus humain, la conjonctive se sépare facilement de la cornée dès l'époque de la complète formation de l'œil.

2° Dans les phénomènes qui se manifestent souvent en vingt-quatre heures dans l'ophthalmie purulente des adultes et des nouveaux-nés.

3° Les développements vasculaires lents et phlébectasiques dans le ptérygion chronique.

4° Enfin le soulèvement de la conjonctive par l'application de l'eau bouillante sur les yeux des cadavres. »

Nous avons obtenu un soulèvement de la conjonctive sur le cadavre à l'aide de l'acide nitrique passé légèrement sur le miroir de l'œil.

Article II.

Du facia sous-conjonctival.

(Capsule fibreuse facia oculaire.)

Situation. La capsule fibreuse est située entre la conjonctive et la couche graisseuse de l'orbite ; elle s'inserre autour de l'extrémité antérieure du nerf optique, embrasse les deux tiers postérieurs de l'œil, va se perdre en avant dans des prolongements qui se rendent aux cartilages tarses, aux paupières, et fournit des gaînes coniques aux muscles jusqu'à leurs attaches respectives sur la sclérotique.

Faces. Le facia sous-conjonctival a une face antérieure et une postérieure.

La première, concave, est en rapport avec l'œil sans y adhérer intimement, et avec la portion antérieure des muscles oculaires.

La seconde, convexe, est en rapport avec la couche graisseuse de l'orbite et les portions musculaires postérieures ou extra-capsulaires. Vers l'ouverture palpébrale, elle est recouverte par la conjonctive.

Forme. Cette membrane représente la capsule du gland de chêne; concave en avant et convexe en arrière.

Organisation. M. Bonnet, de Lyon, s'est occupé de cette tunique d'une manière toute spéciale dans son écrit sur la strabotomie. Cet

auteur ainsi que plusieurs autres, ont reconnu que c'était une membrane éminemment fibreuse.

Ouvertures. Le facia sous-conjonctival a deux ouvertures. Une postérieure entourant le nerf optique, et l'autre antérieure plus large, se partageant en deux feuillets distincts, dont l'antérieur forme la capsule fibreuse ainsi que la gaîne des muscles droits ; et l'autre se rend aux cartilages tarses.

Vaisseaux et nerfs. Ils proviennent de ceux qui se rendent à la coque oculaire et aux faces internes palpébrales.

Fonctions. Le facia sous-conjonctival sépare l'œil du coussinet graisseux, le maintient en place en lui facilitant toutes ses actions. Il sert encore de point d'appui aux muscles, leur fournit une gaîne tendineuse et vient en aide aux mouvements des paupières. De plus, il donne attache à une partie de la bifurcation musculaire.

Article III.

De la membrane de Thénon.

Situation. Elle est placée directement sur la sclérotique et sous le facia-oculaire.

Facés. Cette membrane à deux faces : l'une concave scléroticale, adhérent au pourtour de la cornée ; l'autre convexe, en rapport avec le facia sous-conjonctival, et se confondant avec les gaînes fibreuses des muscles.

Organisation. Thénon, qui l'a découverte, la considère comme fibreuse, elle est entièrement distincte de la capsule fibreuse ou facia-oculaire.

Vaisseaux et nerfs. Ce sont les prolongements de ceux qui sont distribués aux tissus contigus.

Fonctions. La tunique dont il est question sert à unir les muscles entr'eux, et forme une couche intermédiaire entre la sclérotique, la conjonctive et une partie du facia sous-conjonctival.

Article IV.

De la sclérotique.

Situation. La sclérotique occupe les quatre cinquièmes postérieurs de l'œil, sous la conjonctive oculaire, depuis le nerf optique jusqu'à la cornée.

Faces. Elle a deux faces, une externe convexe, striée, offrant parfois des taches naturelles d'un rouge bleuâtre. Cette même face donne attache aux muscles de l'œil, et est recouverte par le facia-oculaire et la conjonctive de cette région.

Sa face interne concave, lisse, est tapissée par la membrane de Zinn ou d'Arnold.

Forme. Sa forme est celle d'une sphère achevée par la cornée. Son épaisseur, qui est d'une demi-ligne moindre que la cornée, est la même dans toute son étendue, quoiqu'en disent certains anatomistes.

Elle a plusieurs diamètres, le transversal est le plus grand.

Origine. Les anciens croyaient que la sclérotique provenait de la dure-mère qui enveloppe le nerf optique; d'autres anatomistes plus modernes la supposaient formée par la réunion des aponévroses tendineuses des muscles de l'œil. Et, d'après Arnold, c'est du tissu cellulaire condensé en forme de membrane qu'elle serait organisée. Il est probable que c'est une membrane fibreuse innée, qui existe par elle-même. Telle est l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui.

Organisation. La sclérotique est une membrane fibreuse ordinairement opaque, très résistante dans son état normal; mais qui devient extensible dans son état pathologique. Elle est composée de filaments et de lamelles et perforée en plusieurs endroits pour donner passage aux vaisseaux et aux nerfs ciliaires.

Artères. Ses artères sont très nombreuses, fines, courtes, occupant particulièrement le pourtour de l'ouverture antérieure, où, dans leur état de congestion, elles représentent une espèce d'anneau rougeâtre plus ou moins complet. La sclérotique reçoit ses artères de la musculaire supérieure et inférieure, des sous-orbitaires, des ciliaires postérieures et des autres artérioles des parties environnantes.

Veines. Elles sont aussi nombreuses que les artères qui se rendent à cette membrane albuginée.

Vaisseaux lymphatiques. Quant à ceux-ci, la sclérotique en possède fort peu.

Nerfs. Cette tunique fibreuse reçoit beaucoup de filets nerveux dont l'existence ne peut plus être contestée aujourd'hui. Ils proviennent du nerf nasal et du moteur commun qui communique avec le ganglion ophthalmique (ou ciliaire). Elle sympathise avec la rétine, le nerf optique, le cerveau, la cornée, l'iris et avec la choroïde par le plexus choroïdien. L'expérience a aussi démontré la sympathie de la sclérotique avec l'urètre.

Fonctions. L'albuginée forme la principale partie de la charpente oculaire, c'est une membrane protectrice ; elle jouit d'une grande propriété vitale.

Généralités. La grande sympathie dont est douée cette tunique, tient à son état particulier qui, dans le cas d'anormalité, réagit sur toutes les autres parties de l'œil avec lesquelles elle a des rapports soit directs soit indirects, et à sa structure individuelle jouissant d'une certaine résistance et d'une grande vitalité.

Chez l'embryon, la sclérotique a peu d'épaisseur. Chez le fœtus, elle est d'un blanc semi-transparent et acquiert alors sa perfection.

Dans la puberté, cette membrane devient d'un blanc azuré.

Dans l'âge adulte, sa consistance augmente et sa couleur est d'un blanc opaque.

Dans la vieillesse, elle est jaunâtre, peut s'hypertrophier et passer parfois à l'état cartilagineux et même osseux.

Chez quelques individus on remarque sur la sclérotique des taches couleur lie de vin rouge, qu'il ne faut pas prendre pour des symptômes de maladies. (Desmarres.) Assez souvent on y trouve des *pinguecula*.

Enfin, Fleishmann a rencontré un vice de conformation de cette membrane.

Article V.

De la membrane de Jacobson.

Situation. Cette membrane déliée est située sur la face concave de la sclérotique en guise de doublure, et sur la face convexe de la choroïde.

Faces. Elle en a deux, une convexe ou externe et une concave ou interne.

Organisation. D'après les expériences de célèbres anatomistes, elle est de nature séreuse, et est presque imperceptible, tant elle est ténue.

Vaisseaux et nerfs. Ils proviennent de ceux qui se rendent dans la sclérotique d'une part et dans la choroïde de l'autre. On ne sait rien de plus sur leur mode de formation.

Fonctions. La membrane de Jacobson sert de point d'union entre les divers tissus, et lubréfie ses parties contiguës.

Généralités. Dans l'état anormal, elle donne parfois lieu à une faible sécrétion qui devient appréciable aux investigations du bon observateur, par des phénomènes caractéristiques à travers le tissu sclérotidien.

Cette accumulation de sérosité dans cet endroit est nommée, par nous, hydropisie de la membrane de Jacobson, mais n'est réellement reconnaissable que dans son état chronique.

Disons aussi que cette sécrétion a été souvent confondue avec l'épanchement occasionné par l'altération de la membrane de Jacob située plus profondément.

La membrane en question a été découverte en premier lieu par Jacobson et presqu'en même temps par Zinn. Bichat et plusieurs autres en ont nié l'existence.

En 1832, Arnold a décrit cette membrane sous le nom *d'arachnoidea-oculi.* Une année plus tard, Poggi décrivait cette tunique sous le nom de *idiachoroïdienne.*

Article VI.

De la choroïde.

Situation. La choroïde est une membrane individuelle (existant par elle-même) très mince, très extensible, ayant la forme de la concavité de la sclérotique ; étendue depuis le nerf optique jusqu'au cercle ciliaire, entre les membranes de Jacobson et de Jacob. On l'a ainsi nommée à cause de sa ressemblance avec une enveloppe du fœtus appelée chorion.

Faces. La face externe de la choroïde est séparée de distance en distance de la sclérotique par les artères et par les nerfs ciliaires, et intimement adhérente, dans les autres points de son étendue, aux tissus contigus. Cette face est recouverte d'un enduit brunâtre, facile à enlever et qui, après la mort, rend la sclérotique marbrée.

L'interne est recouverte d'un enduit noirâtre, oléagineux, existant en plus grande quantité, mais ne colorant pas la rétine qui en est séparée par la tunique de Jacob. Cet enduit est nommé *pigmentum,* et paraît villeux par la macération de la choroïde dans l'eau.

Organisation. Son organisation est essentiellement vasculo-celluleuse. D'après les anatomistes les plus expérimentés, la choroïde paraît être un réseau inextricable de vaisseaux sanguins, dont la couche interne présenterait beaucoup plus d'artères que de veines, et la couche externe, au contraire, plus de veines que d'artères. C'est ce qui a fait supposer à plusieurs savants que cette membrane était composée de deux feuillets distincts, mais réunis par un tissu cellulaire des plus ténus.

Ouvertures. Il y en a deux. L'ouverture postérieure est ronde et livre passage au nerf optique et aux vaisseaux sanguins qui l'accompagnent.

L'antérieure, presque arrondie, plus large que la précédente, est adhérente au pourtour du cercle ciliaire (plexus choroïdien) ainsi qu'aux procès du même nom.

Artères. Elles sont des plus nombreuses, puisque ce sont les principaux éléments organiques qu'on aperçoit dans cette membrane. Les artères émanent en grande partie de l'ophthalmique, des ciliaires postérieures, de plusieurs anastomoses des artères lacrymale, palpébrales, sous-orbitaires et musculaires, qui alimentent la conjonctive, la sclérotique, la rétine et les muscles orbitaires en se continuant avec la zône de Zinn.

Veines. Moins nombreuses que les artères, elles ont les mêmes noms, et accompagnent ces dernières dans leur distribution.

Vaisseaux lymphatiques. Bauer y a découvert des vaisseaux lymphatiques.

Nerfs. Ils émergent du ganglion ophthalmique, ils sont nommés nerfs ciliaires. La choroïde en reçoit encore de la branche nasale.

Fonctions. La choroïde sert spécialement à sécréter l'enduit dont il a été question plus haut. En outre, par sa face interne elle absorbe et réfléchit une partie des rayons lumineux qui ont impressionné la rétine. Enfin elle est encore envisagée comme modifiant le sang des parties internes de l'œil.

Généralités. Plusieurs auteurs recommandables avaient attribué l'origine de la choroïde à la pie-mère ou membrane interne du cerveau, et même à l'arachnoïde. Aujourd'hui on sait positivement que c'est une membrane distincte toute particulière.

L'enduit qui tapisse la face interne ou concave de la choroïde est noirâtre chez l'homme ; il est dû à de l'oxyde de fer suivant Gmelin et Elsaesser. Si on enlève cette substance, la membrane conserve une couleur rougeâtre très sensible qui tient à son organisation même. Les albinos ont le pigmentum rougeâtre.

Chez quelques animaux, l'intérieur de la choroïde présente un peu en dehors du nerf optique, une petite tache luisante nommée *tapis* que Desmoulins avait considéré comme un miroir répléteur.

Scarpa, Walther et Günz ont observé des cas d'ossification partielle et même totale de la choroïde.

Article VII.

De la membrane de Jacob.

Situation. Cette membrane est placée entre la choroïde et la rétine ; elle est d'une étendue égale à ces deux tuniques.

Organisation. Elle est séreuse et excessivement fine.

Vaisseaux et nerfs. Ce sont les mêmes qui se rendent à la rétine et à la choroïde.

Fonctions. On suppose qu'elle sert à lubréfier et à unir les parties contiguës.

Mariotte et Brewster, la considèrent comme pouvant recevoir l'impression de la lumière, cumulativement avec la choroïde. Cette explication n'est plus admise aujourd'hui, depuis qu'il est prouvé que la rétine est l'organe immédiat de la vision.

Généralités. La membrane de Jacob peut s'enflammer isolément ou simultanément avec d'autres parties voisines. Lorsque sa phlegmasie est passée à l'état chronique, il en résulte souvent une sur-sécrétion anormale, connue en pathologie sous les noms de hydropisie sous-choroïdienne ou sous-rétinienne, et que nous conseillons de nommer hydropisie de la membrane de Jacob.

Enfin, son ossification partielle a été observée par Scarpa, Morgagni, Haller et Rognetta.

Article VIII.

De la rétine.

Situation. La rétine occupe les quatre cinquièmes postérieurs de la concavité oculaire et affecte la même forme que la choroïde.

Étendue. Depuis l'entrée du nerf optique dans l'œil, jusqu'au ligament ciliaire, elle s'enfonce dans les intervalles des procès du même nom.

Origine. Des auteurs ont avancé qu'une lame se prolongeait jusqu'à la capsule du cristallin, tandis qu'une autre partie se rendait au bord pupillaire après avoir tapissé la face postérieure de l'iris. Cette opinion n'est point prouvée, que nous sachions.

Faces. La face postérieure convexe est en contact avec la membrane de Jacob, et une partie des procès ciliaires.

L'antérieure concave peut être considérée comme libre, attendu que la membrane hyaloïde n'a avec elle aucune adhérence. En 1791,

Sœmmering a découvert sur cette face, à deux lignes en dehors du nerf optique, une tache d'un jaune assez foncé chez quelques adultes, tache large d'une ligne et se trouvant dans la direction de l'axe de l'œil.

Organisation. D'après les plus célèbres anatomistes, la rétine est l'épanouissement du nerf optique en forme de réseau membraneux, offrant des plis concentriques, d'une structure essentiellement nerveuse, plus épais au centre qu'à sa périphérie, transparent, mollasse et assez mince pendant la vie et dans l'état physiologique.

Ouvertures. Il y en a une antérieure, ciliaire, très large, et une postérieure très petite qui livre passage à un filet nerveux, à l'artère et à la veine centrale de cette membrane en question.

Artères. Les artères de la rétine prennent ordinairement leur origine de l'ophthalmique dans le crâne, rarement des ciliaires ou des musculaires. Ce sont les artères centrales, elles traversent le nerf optique dans son centre, arrivées dans la cavité oculaire, elles forment une multitude d'anastomoses sur la face antérieure de la membrane sensitive, qui prennent le nom d'artères coronaires. De celles-ci en naissent d'autres qui traversent le canal hyaloïdien pour se distribuer au corps vitré, à la cristalloïde et au cristallin. Quelques-unes de ces artères s'anastomosent avec celles du corps ciliaire, de l'iris, de la choroïde et avec celles du pourtour de la cornée.

Veines. Elles accompagnent les artères dans leur distribution, portent les mêmes noms, seulement elles marchent en sens inverse des premières. Elles naissent du sinus ophthalmique.

Vaisseaux lymphatiques. On n'en connaît pas jusqu'à présent.

Nerfs. Outre les nerfs optiques fondateurs, la rétine reçoit des filets nerveux qui viennent de plusieurs sources.

C'est ainsi qu'elle en reçoit du nerf grand sympathique, du rameau carotidien provenant du ganglion cervical supérieur qui établit des relations entre ce dernier et le ganglion sphéno-palatin. Cette membrane reçoit encore des filets nerveux du trijumeau et du ganglion ophthalmique, par l'intermédiaire des nerfs ciliaires.

Fonctions. Descartes a reconnu le premier que la rétine était l'organe immédiat de la vision, en transmettant sa sensibilité au cerveau, par l'intermédiaire du nerf optique.

Généralités. Quelques auteurs ont pensé que la rétine avait toutes les conditions de l'encéphale, et naissait en arrière autour du tubercule que forme le nerf optique. D'autres, au contraire, ont cru que

cette membrane était formée de trois couches superposées.

La 1re cellulaire ou corticale ;

La 2me médullaire ;

La 3me vasculo-cellulaire.

Quoiqu'il en soit ; dans l'âge adulte et dans la vieillesse on voit souvent une tache jaunâtre sur la rétine (tache de Sœmmering), un peu en dehors du nerf de la seconde paire, laquelle tache dépend de quelques métamorphoses du cristallin, et fait quelquefois croire à l'existence d'une amaurose ou d'une cataracte pour les personnes peu habituées à l'ophthalmoscopie. Quand nous décrirons la lentille, nous en donnerons l'explication.

On a également observé que la rétine n'était pas uniformément sensible dans toute son étendue, et qu'elle formait des plis au fond de l'œil, décrits en premier lieu par Vésale. La rétine n'est donc que d'une sensibilité relative à la lumière, car elle est peu sensible à l'action des instruments piquants ou tranchants. L'expérience confirme ce fait ; en ce que les opérations par kératonixis sont plus douloureuses que celles pratiquées par scléroticonixis.

La paralysie complète de la rétine n'empêche pas d'une manière absolue la formation d'images subjectives dues surtout à des causes internes. Exemple, un homme chez lequel l'un des yeux n'existait plus, et que Humboldt galvanisait, n'en éprouvait pas moins de ce côté des sensations lumineuses. Ce fait acquis à la science est bon à noter dans certaines amauroses.

Enfin, la membrane sensitive est susceptible d'ossification partielle seule ou avec le nerf optique en même temps.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉMOIRE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU TANNIN ENVISAGÉ SURTOUT AU POINT DE VUE DE SES APPLICATIONS EN OPHTHALMOLOGIE ;

par Fr. Hairion, médecin.

(Suite : *voir* le n° d'août 1851, p. 247.)

3° *Ophthalmie compliquée de photophobie.* — Ainsi que nous l'avons établi précédemment, un des résultats les plus marqués de l'usage du tannin est l'effet hyposthénisant qu'il exerce sur le système nerveux. Cet effet se traduit, dans les affections oculaires, par la di-

minution ou la cessation plus ou moins immédiate de la photophobie et de la sensibilité locale exagérée. Parmi les opinions de nature si diverse qui ont été émises sur la photophobie, celle qui en place le siége dans les nerfs ciliaires, nous paraît la plus vraisemblable et celle surtout qui se trouve le plus en rapport avec les faits. La présence de ces nerfs dans la cornée, démontrée par les recherches de Schlemm et de Pappenheim, rend assez bien compte des bons effets que nous avons retirés, dans la photophobie, des topiques tanniques, dont l'action sur ces filets nerveux est pour ainsi dire directe, immédiate. Quelle que soit d'ailleurs l'opinion que l'on se forme sur la nature de ce phénomène, toujours est-il vrai de dire qu'il constitue un état extrêmement pénible, contre lequel, de tout temps, les médecins ont dirigé une médication spéciale. Cette médication a dû nécessairement varier suivant les idées qu'ils se faisaient de la nature du phénomène et de ses causes ; de là cette longue et incohérente liste de moyens préconisés pour le combattre. Nous les avons tous employés avec des résultats très variés, mais aucun d'eux ne s'est montré, dans notre pratique, si constamment utile, si généralement efficace que les préparations tanniques, que nous ne voyons même pas figurer sur cette liste.

Naguère encore l'institut ophthalmique présentait un spectacle douloureux à voir : là se trouvaient réunis 60 à 80 malades, atteints d'altérations graves de l'œil, souffrant pour la plupart de photophobie, marchant la tête penchée sur la poitrine, les paupières spasmodiquement rapprochées, les yeux ombragés par une visière, fuyant la lumière, pâles, amaigris, les traits contractés et peignant la douleur ; aujourd'hui, grâce à la médication tannique, hyposthénisante, que nous avons substituée aux médications irritantes et caustiques dans le traitement de la plupart de ces altérations, cet aspect est complétement changé. Au moment où nous écrivons ces lignes, l'établissement renferme 72 ophthalmiques dont un seul est photophobe. Les avantages qui résultent de ces changements sont nombreux : Les malades peuvent passer une grande partie de la journée en plein air, s'y promener, s'y livrer à divers jeux, à certains exercices gymnastiques ; aussi, ne remarquons-nous plus qu'exceptionnellement parmi eux cet état d'étiolement, de pâleur, de bouffissure, de relâchement des tissus, d'épuisement de la constitution, qui forme toujours une complication extrêmement fâcheuse dans le traitement des maladies oculaires ; en effet, cet état de la constitution non seulement rend ces maladies plus opiniâtres, mais encore facilite les épanchements plastiques et le ramol-

lissement des tissus, active la sécrétion mucoso-purulente de la conjonctive, multiplie et aggrave les accidents de toute espèce.

4° *Granulations palpébrales.* — Depuis plus de huit mois, les sept dixièmes des malades de l'institut atteints de granulations n'ont subi d'autre traitement local que la médication tannique, et jamais, à aucune époque, les résultats obtenus n'ont été plus favorables. Quelques malades chez lesquels le retrait de la conjonctive se faisait trop attendre, ont subi quelques attouchements avec le sulfate de cuivre ou quelques rares cautérisations par la solution concentrée de nitrate d'argent.

Le traitement des granulations par le tannin présente, sur tous ceux qui été précédemment employés ou qui le sont encore aujourd'hui, de nombreux avantages. Il n'occasionne ni douleurs, ni réactions vives ; son application, exempte de tout inconvénient, est extrêmement simple et ne nécessite jamais ni le renversement de la paupière, ni l'usage douloureux d'instruments, pour rendre accessibles à l'action du modificateur employé les replis reculés de la muqueuse ; les préparations tanniques ont l'avantage encore de produire immédiatement la coagulation des produits mucoso-purulents, d'en diminuer ou d'en supprimer même plus ou moins complétement la sécrétion; et, partant, de mettre obstacle, sinon empêchement absolu, à la reproduction de la maladie sur place et à sa diffusion. *Jamais enfin il n'y a, par le fait même du traitement, interruption dans les occupations des malades qui y sont soumis.* Les avantages qu'on peut retirer de la propriété coagulante du tannin, dans les hôpitaux, les prisons, les casernes, partout enfin où se trouvent réunis un certain nombre d'individus affectés de granulations palpébrales ou de toute autre ophthalmie contagieuse, sont incalculables. L'introduction d'un agent si puissant, à tant de titres, dans la thérapeutique des granulations, a dû nécessairement apporter à celle-ci d'importantes modifications. Il ne sera donc pas hors de propos d'entrer à ce sujet dans quelques détails, en faisant remarquer toutefois qu'un travail de cette nature nous exposera nécessairement à reproduire ici certaines idées émises déjà dans nos précédents travaux.

Au point de vue pratique, nous avons admis dans l'évolution des granulations vésiculeuses trois périodes distinctes, suivant qu'elles sont *transparentes, vascularisées,* ou *transformées en tissu cellulo-vésiculaire.* A chacune de ces périodes répond un traitement propre.

1° *Granulations vésiculeuses non vascularisées* (*Hydrorrhée*).—*a*).

Caractères.—Elles sont petites, discrètes, diaphanes, disséminées sur une conjonctive lisse, blanche, nacrée comme dans l'état normal. La sécrétion muqueuse, peu ou point augmentée, conserve sa transparence et semble d'ailleurs n'avoir éprouvé encore aucune altération; les symptômes subjectifs sont nuls ou à peine marqués.

b). Traitement. — Il doit être exclusivement local : le mucilage tannique appliqué deux ou trois fois par jour, et, quand l'effet tarde à se faire sentir, quelques attouchements de la conjonctive avec le sulfate de cuivre taillé en crayon suffisent pour amener la guérison de ce premier degré de l'ophthalmie granuleuse.

2° *Granulations vésiculeuses vasicularsées* (*Phlegmatorrhée*). — *a*). *Caractères.* — Elles sont plus nombreuses et aussi plus volumineuses que dans le cas précédent; la conjonctive qui leur sert de substratum est enflammée, d'un rouge uniforme, plus épaisse et repliée sur elle-même.

b). *Traitement.*— Il ne saurait plus être exclusivement local, il doit être en même temps général. La résolution des granulations, comme dans le cas précédent, en est le but. Le mucilage tannique peut encore suffire dans presque tous les cas; quelquefois il sera avantageux d'en combiner l'emploi, soit avec le sulfate de cuivre, soit, plus rarement, avec la solution concentrée de nitrate d'argent, appliquée d'après les règles que nous avons établies ailleurs (1). Le traitement général, altérant ou fondant, suivant le cas, concourra efficacement à la résolution des granulations. Le premier se compose des pilules de Plummer, le second de pilules de calomel et de ciguë, et, dans l'un et dans l'autre cas, de purgatifs réitérés.

3° *Granulations végétantes.*—*a.*) *Caractères.* — Dans cette période avancée de la maladie, la conjonctive n'offre pas partout le même aspect. Là où les granulations ont subi la transformation cellulo-vasculaire ou fibro-plastique, elle est rouge, charnue, végétante; sur d'autres points, elle est recouverte de granulations encore à l'état vésiculeux ; ailleurs, on remarque déjà des trainées ou des plaques de tissu inodulaire.

b). *Tratiement.*—Ici, la résolution complète de la maladie n'est plus possible; partout où il y a végétation il y a destruction plus ou moins profonde des tissus, partant nécessité d'un travail de réparation et pro-

(1) Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée; *Archives belges de médecine militaire*, 1848.

duction de cicatrices. Les indications thérapeutiques sont de combattre le travail inflammatoire et d'obtenir ensuite la résolution des granulations qui n'ont pas encore subi la transformation cellulo-vasculaire. En général, on remplira mieux la première indication par des applications réitérées de sangsues loin de la partie malade, au fondement, par exemple, de manière à obtenir un effet plutôt anti-congestif que déplétif, et à combattre l'habitude fluxionnaire, vicieusement fixée sur les yeux, par une autre habitude de même nature dirigée sur un point éloigné. On a recours enfin, si le cas le réclame, à l'usage des hyposthénisants généraux : tartre stibié, nitrate de potasse à hautes doses, etc. On répondra à la seconde indication : localement, par le mucilage tannique, dont on accélère les effets, dans quelques cas, par des scarifications de la conjonctive, le sulfate de cuivre en crayon, la cautérisation avec la solution concentrée de nitrate d'argent ; à l'intérieur, par la médication altérante, fondante, et par l'usage de dérivatifs continus sur le tube digestif. C'est dans cette troisième période de l'ophthalmie granuleuse, que le tannin a montré le plus de supériorité sur les autres médications.

Les révulsifs dermatiques, inutiles dans les premières périodes, peuvent être avantageux dans les blennorrhées anciennes ; et, comme il s'agit moins de déplacer une inflammation qu'une sécrétion morbide, le vésicatoire permanent mérite la préférence.

Il arrive encore que l'abondance de la sécrétion conjonctivale, l'absorption peut-être d'une partie de ses éléments, les conditions hygiéniques mauvaises au milieu desquelles le malade se trouve, finissent par porter atteinte à la constitution. Cet état réclame un traitement hygiénique et thérapeutique reconstitutif.

4° *Granulations compliquées.* — Une grande susceptibilité des organes oculaires, un état congestif ou inflammatoire des membranes internes, certaines inflammations spéciales, goutteuses, rhumatismales, scrofuleuses, etc., sont le plus souvent un obstacle à l'application des remèdes locaux, à cause des réactions violentes qu'ils provoquent et de l'aggravation de la maladie qui en résulte. De là l'indication que nous avons établie ailleurs, de dégager les granulations palpébrales de leurs complications, avant d'arriver au traitement local. C'est encore un des avantages des préparations tanniques que nous n'avons pas mentionné jusqu'ici, que, pouvant souvent être employées d'emblée dans les granulations compliquées, elles permettent au médecin de faire marcher

parallèlement les deux traitements, celui des granulations et celui que réclame la complication.

La dissémination des malades, une bonne ventilation, une hygiène appropriée constituent l'auxiliaire indispensable du traitement dans toutes les périodes de la maladie.

En résumé : comme base du traitement topique, le mucilage tannique ; comme auxiliaires, dans certains cas, le sulfate de cuivre en crayon et la solution concentrée de nitrate d'argent ; à l'intérieur : la médication altérante et les dérivatifs sur le tube digestif, l'éloignement de toutes complications, une bonne hygiène enfin ; tel est le traitement à la fois simple, rationnel, sans inconvénients, que nous avons employé depuis plus de huit mois contre l'ophthalmie granuleuse de l'armée avec un succès que nous n'avons jamais obtenu d'aucune autre médication.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que du traitement des granulations vésiculeuses dans leurs diverses périodes d'évolution. La médication tannique, comme traitement local, est appliquée, avec un résultat plus satisfaisant encore, dans les granulations *papillaires* formées par l'engorgement du corps papillaire et la conjonctive palpébrale ; dans les granulations cellulo-vasculaires ou charnues, quelqu'en soit le point de départ ; enfin dans les *granulations inodulaires* récentes, ramollies, ou ulcérées. Mais les succès les plus éclatants que nous ayons obtenus de la médication tannique, c'est sans contredit dans le traitement des blennorrhées chroniques, compliquées de granulations de nature diverse, d'ulcération de la conjonctive, de dénudation avec ramollissement et érosion du cartilage tarse, etc. Nous avons vu quelquefois ces altérations, si rebelles à toute autre médication, céder avec une étonnante rapidité à l'usage du tannin.

Nous avons rejeté du traitement des granulations : l'excision de la conjonctive, les collyres en instillation, les pommades, les cautérisations par le nitrate d'argent solide, et l'acétate neutre de plomb en poudre ; voici pourquoi :

a). L'excision de la conjonctive et l'ébarbement des granulations sont rarement utiles, jamais indispensables au succès ; ces opérations sont, au contraire, souvent nuisibles, parce qu'elles aggravent les symptômes inflammatoires et donnent lieu à la formation de brides et de cicatrices.

b). Les collyres instillés dans l'œil n'exercent qu'une action passagère, inefficace, dangereuse par les réactions vives et répétées qu'ils

y provoquent ; en application sur les paupières, ils n'ont pas cet inconvénient, il est vrai, mais leur action est insuffisante; dans l'un et dans l'autre cas ils méritent peu de confiance.

c). Quelque habileté que l'on ait acquise dans le maniement du nitrate d'argent en crayon, on ne peut toujours éviter ni des inflammations violentes, ni la destruction de la conjonctive, dont nous avons signalé ailleurs tous les dangers. Depuis bientôt dix ans nous l'avons entièrement proscrit de notre pratique, et nous l'avons remplacé par la solution concentrée de cette même substance que nous employons comme moyen modificateur, résolutif, hyposthénisant, et non comme agent caustique, désorganisateur ; encore l'usage que nous en faisons est-il fort restreint depuis que nous employons les collyres tanniques.

On a reproché à la solution concentrée de nitrate d'argent d'être plus lente dans ses effets que le nitrate d'argent solide, et de déterminer des gaufrures sur les point de la conjonctive qui en ont subi l'influence. Le premier reproche est une simple assertion que nous ne croyons pas même bien sérieuse, tant elle s'éloigne de ce que nous avons observé dans notre pratique. L'explication donnée par M. le professeur Chomel de la formation de plaques gaufrées, à la suite de la cautérisation des granulations du col de la matrice par le nitrate acide de mercure, est très ingénieuse, et nous nous inclinons devant l'autorité imposante d'où elle émane ; mais les conclusions qu'a cru pouvoir en tirer M. le docteur Decondé ne sont rien moins que rigoureuses. De ce que le nitrate acide de mercure, appliqué sur les granulations du col de la matrice, produit une cicatrisation réticulaire, s'en suit-il nécessairement que le nitrate d'argent en solution, appliqué sur une conjonctive palpébrale recouverte de *granulations vésiculeuses*, altération organique bien différente de celle que constituent les granulations du col utérin, doive être suivi de résultats analogues ? Nullement ; d'ailleurs, la solution de nitrate d'argent ne devant pas être employée dans le but de cautériser la muqueuse, mais de la modifier ; non de détruire les granulations, mais d'en obtenir la résolution, et ce résultat pouvant être obtenu sûrement lorsqu'on se conforme aux règles que nous avons tracées dans nos *Nouvelles considérations pratiques sur le traitement de l'ophthalmie de l'armée*, il s'ensuit, de deux choses l'une, ou que les faits annoncés par M. le docteur Decondé sont les conséquences de cautérisations mal faites, ou que celles-ci ont été employées pour combattre des granulations, non plus vésiculeuses, mais végé-

tantes. Pour nous, qui avons expérimenté ce remède pendant plusieurs années sur une vaste échelle, nous n'avons jamais vu survenir l'accident signalé, lorsque nous avons eu à traiter des granulations vésiculeuses, avant leur transformation fibro-plastique ou charnue; mais, dans ce dernier cas, il y a destruction de tissu et, quel que soit le traitement auquel on ait recours, la formation de cicatrices ne saurait être évitée.

Quant à l'acétate de plomb en poudre, c'est un remède infidèle, empirique et dangereux quelquefois. *Infidèle*, car dans un nombre de cas donnés parfaitement identiques en apparence, il guérit, aggrave le mal, ou détermine des accidents plus ou moins sérieux, sans que nous puissions saisir les motifs de cette différence des résultats obtenus ; *empirique*, parce que nous manquons jusqu'ici de données qui nous permettent d'apprécier son mode d'action, de saisir les motifs de ses succès et de ses insuccès, de mesurer l'étendue de ses effets, ou d'en prévoir la nature et les résultats ; *dangereux* enfin, à cause des accidents que nous ferons connaître plus loin auxquels il donne lieu parfois.

Ce jugement sévère est l'expression d'une conviction puisée dans l'observation d'un très grand nombre de faits. Un instant nous avons eu la pensée d'appuyer notre opinion d'observations, et déjà un travail avait été commencé dans cette direction. Mais des raisons de convenance, provenant de notre position spéciale et qu'on comprendra facilement, nous ont empêché de le poursuivre.

D'ailleurs, un travail de ce genre serait inutile pour ceux qui ont visité l'institut ophthalmique ; inutile aussi pour les enthousiastes que nous n'avons nullement la prétention de convertir ; et quant à ceux qui accueillent toujours avec l'empressement du désir de se former une opinion les faits susceptibles de les éclairer, de quelque part qu'ils viennent, une visite faite en ce moment à l'institut aurait pour résultat, nous n'en doutons pas, de les ranger à notre avis ; peut-être même plus d'une conviction profonde serait-elle ébranlée au récit des souffrances endurées par un certain nombre des malades qui ont été soumis à ce traitement ! L'acétate neutre de plomb n'est exempt d'aucun des dangers reconnus au nitrate d'argent solide ; il en a, en outre, qui lui sont propres. Parfois il produit des brides et des cicatrices vicieuses dans la conjonctive, donne lieu à des incrustations indélébiles dans la cornée transparente ; souvent, son application est suivie de réactions fâcheuses, qui sont tantôt violentes et plus ou moins promptement désorganisatrices, d'autres fois moins vives, mais extrêmement opiniâ-

tres et non moins funestes souvent dans leurs conséquences; ces accidents sont d'autant plus à craindre et difficiles à combattre, que la cause qui les a déterminés, l'incrustation de la conjonctive par un corps étranger irritant, caustique même, ne peut être enlevée.

Lorsqu'une médication nouvelle surgit, qu'elle a pour base des faits bien observés et des données rationnelles; qu'elle se présente en outre avec une supériorité absolue ou relative sur les médications en usage, nous l'acceptons avec empressement; mais lorsque cette médication nouvelle est en opposition avec les idées reçues, qui ont cours dans la science; lorsqu'en même temps son administration n'est pas exempte d'inconvénients, de dangers, nous attendons pour y recourir, qu'on en ait défini les principes, fixé les indications, établi le mode d'application. Telle a été jusqu'à présent la ligne de conduite que nous n'avons enfreinte qu'une seule fois, à l'occasion de l'apparition soudaine, inattendue, d'une médication que des expériences bien faites, il y a plus de dix ans, paraissaient devoir condamner définitivement à l'oubli. C'est que le retentissement de cette méthode à son réveil, l'importance vraie ou exagérée des succès annoncés, l'éclat et l'autorité des noms qui la patrônaient, l'espèce de prestige enfin qui l'entourait, ne nous permettaient pas d'attendre et nous faisaient un devoir impérieux de la soumettre sans retard au contrôle de l'expérience. Pendant l'espace de huit mois, quatre-vingt-dix malades environ ont été traités d'après cette méthode; nos expériences ont été faites publiquement; nous y avons donné tout le soin et toute l'exactitude dont nous sommes capable; les notes ont été recueillies par un jeune médecin, plein de zèle, aussi modeste que méritant, qui se trouve aujourd'hui attaché à l'hôpital militaire de Bruges. Nous nous sommes enfin entouré de toutes les garanties possibles, et pour ne rien négliger, nous nous sommes rendu à Bruges pour voir M. Buys lui-même opérer. C'est à la suite de ces expériences et des résultats observés sur plus de cent malades traités dans d'autres établissements, que nous sommes arrivé aux conclusions posées plus haut. Faisons toutefois une remarque, c'est que les hommes sur lesquels nous avons expérimenté appartenaient presque tous à l'institut, et se trouvaient en conséquence dans une position spéciale; aussi, aurions-nous retardé la publication de ce travail, si notre position dans cet établissement ne nous avait fourni en même temps l'occasion d'observer un certain nombre de malades qui avaient été traités ailleurs, et au milieu d'autres conditions. On se tromperait étrangement toutefois si l'on pensait que nous

refusons toute efficacité au traitement par l'acétate de plomb ; des faits nombreux d'ailleurs seraient là pour démontrer notre erreur. Dans certains cas, il guérit, et guérit même assez promptement ; mais lorsque nous demandons à la méthode nouvelle la cause de ses guérisons, ou lorsque nous recherchons dans les écrits qui ont été publiés sur la matière quelques indications pour nous éclairer, nous guider dans ses applications, nous ne trouvons rien. Que si la méthode était dépourvue d'inconvénients et de dangers, nous n'attacherions pas infiniment d'importance à connaître le secret de ses guérisons; nous nous garderions bien surtout de subordonner notre conduite à cette connaissance, et nous l'accepterions franchement. Mais en présence de ses dangers, aussi impossibles à prévoir que difficiles à combattre, nous croyons devoir, quant à présent, la bannir de notre pratique. Que vienne le jour où l'on nous démontrera ses avantages sur les autres traitements, dans certains cas bien définis, bien déterminés, et nous nous empresserons de l'adopter. Mais jusque là, nous nous en tiendrions à la cautérisation par la solution concentrée de nitrate d'argent, qui nous a valu tant et de si beaux succès pendant dix années, si nous n'avions reconnu et démontré, croyons-nous, les avantages de la médication tannique combinée sur toutes les médications exclusives dont on a fait successivement usage jusqu'au jourd'hui.

Rappelons, avant d'abandonner ce sujet, que la forme primitivement aiguë de l'ophthalmie qui règne dans notre armée y est à peu près, pour ne pas dire entièrement inconnue depuis une dixaine d'années ; que cette maladie se présente actuellement, à son début, sous l'aspect de quelques vésicules très petites, transparentes, siégeant sur une partie restreinte de la conjonctive palpébrale, laquelle conserve d'ailleurs tous les caractères qui lui sont propres ; que cette altération est souvent si peu marquée qu'elle échappe au malade, et que le médecin lui-même, pour la découvrir, doit y mettre un certain soin ; que les cas enfin dans lesquels les granulations présentent un plus grand développement au commencement du traitement forment l'exception. Eh bien ! ce sont cependant ces altérations, en apparence si bénignes, qui sont le point de départ de la pluralité des accidents graves qui sont parfois encore la suite de l'ophthalmie de l'armée. Qu'on nous permette d'exposer de nouveau ici, franchement et sans réserve, notre opinion sur l'origine de beaucoup de ces accidents ; nous croyons, et cette opinion, puisée dans l'observation d'un grand nombre de faits, est passée depuis longtemps dans notre esprit à l'état de conviction

profonde, nous croyons, disons-nous, que dans bien des cas ces conséquences malheureuses sont moins le résultat nécessaire, inévitable des progrès naturels de l'ophthalmie, que le fait même des moyens mis en usage pour la combattre. La démonstration de cette opinion a fait l'objet principal d'un travail qui a été publié dans les *Archives belges de médecine militaire* et qui, peut-être, n'a pas fixé l'attention des médecins autant qu'il aurait dû le faire, ayant eu le tort de paraître au moment où la méthode de traitement par l'acétate de plomb revoyait le jour, avec tout le prestige d'une bruyante publicité et l'appui d'autorités imposantes. Il faut le reconnaître, en effet, la thérapeutique des granulations qui a prévalu jusqu'ici est une thérapeutique désorganisatrice. Partant de l'idée fausse, erronée, irrationnelle, que les granulations palpébrales ne sont pas susceptibles de résolution, on a eu recours à divers agents caustiques pour en obtenir la disparition ; il n'est point jusqu'au fer rouge qui n'ait été préconisé. Convaincu du contraire et persuadé que ces produits pathologiques sont susceptibles de résolution, ainsi que nous l'avons démontré déjà en 1839, le but de nos efforts, depuis cette époque, a toujours été de restreindre de plus en plus l'emploi de ces agents désorganisateurs, et pour le cas où ils paraissaient indispensables, nous avons cherché à tracer les règles de leur application, à indiquer les soins et le traitement les plus propres à en prévenir, à en pallier, ou à en combattre les accidents ; nous nous sommes surtout attaché à faire comprendre la possibilité d'obtenir, à l'aide du nitrate d'argent, dont l'emploi se trouvait généralisé, la guérison des granulations par résolution ; en un mot, nous nous sommes proposé, dans tous nos travaux, la substitution d'une médication *rationnelle, prudente et conservatrice, aux médications, toutes plus ou moins empiriques et désorganisatrices, qui ont été successivement mises en pratique.* Ah ! si les médecins, au lieu de poursuivre l'idée chimérique d'une panacée universelle, avaient employé leurs talents, leur aptitude et leur activité à tracer les règles d'une médication rationnelle, nous ne serions plus aujourd'hui, après tant d'années d'efforts, témoins d'un de ces déplorables conflits que nous avons vu se renouveler pour chacune des méthodes exclusives vantées successivement contre l'ophthalmie de l'armée, où le nouveau remède, proclamé d'abord comme infaillible, a fini le plus souvent par être plus ou moins abandonné. C'est ainsi que chaque moyen nouveau a contribué, pour sa part, à augmenter de plus en plus la confusion que nous voyons régner encore aujourd'hui dans la thérapeutique de l'ophthalmie de l'armée.

§ V. *Mode d'administration.*

Il est incontestable que la valeur d'une médicatton quelconque réside en grande partie dans la manière de la mettre en pratique, et que l'explication des résultats si différents qu'on en retire, des succès obtenus par les uns, des revers essuyés par d'autres, ne dépende très souvent du *modus faciendi*. Il est donc très important, lorsqu'il s'agit d'une médication nouvelle, que le médecin ait des idées bien arrêtées sur tout ce qui est relatif au choix des préparations, aux doses auxquelles on doit les employer et au mode d'application.

a.) *Choix des préparations.* Le tannin employé par nous est le tannin de la noix de galle, obtenu par le procédé de Pelouse.

Nous l'avons employé en poudre, en pommade, en solution aqueuse, et en solution dans un mucilage.

Les effets curatifs du tannin, si nous en exceptons les effets qu'on en retire comme coagulant, reposent entièrement sur son action dynamique; et comme celle-ci ne se manifeste qu'après l'absorption du remède, il s'ensuit que la préparation à laquelle on donnera la préférence, sera celle qui favorisera le plus cette absorption, c'est-à-dire, celle dans laquelle le tannin se trouvera à l'état de solution, et dont le contact avec la partie malade produira le moins de réaction et sera le plus prolongé.

La *poudre*, administrée par insufflation ou d'après le procédé mis en usage pour l'application de l'acétate neutre de plomd pulvérisé, est de toutes les préparations tanniques celle qui offre le moins d'avantages. Quelque soin qu'on mette à sa préparation, il est difficile de l'obtenir à l'état impalpable ; il en résulte que les parties dures qu'elle renferme, mises en contact avec la conjonctive, y déterminent parfois des irritations très vives.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(*Archiv. belges de méd. milit.*, juillet 1851.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADEMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1850-1851. — Nos 8.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1851. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

LECTURES.

Essai sur la méthode stibio-dermique; par M. le docteur JULES GUÉRIN, membre honoraire.

Lorsque Rasori imagina la méthode qui porte son nom, l'usage du tartre stibié à l'intérieur était très répandu. On faisait vomir et on purgeait avec l'émétique. Cependant l'introduction de ce médicament dans l'estomac n'était pas toujours suivie de l'un ou de l'autre de ces effets physiologiques. Dans certains cas, il ne provoquait aucune réaction de la part du ventricule, et on avait même déjà remarqué que l'absence de cette réaction ne tenait pas absolument à une insuffisance de la dose du médicament. Mais cette remarque était restée stérile; c'était un fait particulier, regardé sans doute comme une exception ou une anomalie, et il n'était venu à l'idée de personne d'en rechercher la cause physiologique, et encore moins d'en faire une application à la thérapeutique.

Tel était l'état de la science et des esprits à l'égard du tartre stibié, lorsque Rasori, doué du génie de la généralisation, découvrit dans le fait, accidentel pour le vulgaire, de l'abcence fortuite du vomissement à la suite de l'ingestion du tartre stibié, un fait général, inhérent à certaines circonstances déterminées, dont la reproduction pouvait être réglée, et devenir le point de départ de ressources thérapeutiques nouvelles.

Que l'illustre médecin italien soit parti de cette généralisation d'un fait d'observation pure, ou bien, qu'inspiré, comme il l'a dit, par une induction de la théorie du contro-stimulisme, toujours est-il qu'il posa en principe que, lorsque dans certaines maladies, l'émétique ne fait vomir ni ne purge, c'est en vertu de circonstances pathologiques spéciales, en vertu d'une action spéciale, et en produisant des effets curatifs propres, lesquels peuvent être utilisés dans le traitement de certaines maladies.

Telle est l'origine, tel est le caractère de la méthode rasorienne. Cette méthode, comme on le voit, dégagée de toutes les préoccupations systématiques qui l'ont accompagnée ou suivie, se résout dans un fait nouveau d'observation pure, à savoir : que l'émétique, à certaine dose et dans certaines conditions morbides, ne fait vomir ni ne purge, mais produit des effets locaux et généraux d'un autre ordre, directement utiles à la guérison de la maladie.

Eh bien ! ce que Rasori a fait pour le tartre stibié employé à l'intérieur, nous l'avons fait, pour le même médicament, employé à l'extérieur ; c'est-à-dire que nous croyons aussi avoir constaté un fait physiologique nouveau, une action physiologique nouvelle, et des propriétés curatives nouvelles, résultant de l'emploi du tartre stibié à l'extérieur, suivant la méthode que nous désignerons sous le nom de *méthode stibio-dermique :* c'est ce que nous nous proposons d'établir dans ce mémoire.

§ I. — FAITS ET EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES.

L'action révulsive du tartre stibié employé sous forme de pommade à l'extérieur, est un fait vulgaire. Il y a plus de dix ans déjà, qu'ayant employé cette méthode dans le traitement des arthralgies aiguës, nous observâmes deux choses : la première, que souvent il arrivait que *l'éruption pustuleuse ne se produisait pas ;* la seconde, que *la disparition de la douleur n'était pas liée à l'éruption, mais précédait souvent cette dernière, et pouvait même avoir lieu lorsqu'aucune pustule ne se manifestait.* Cette observation, répétée un grand nombre de fois, devint, de ma part, le sujet d'une attention particulière.

Je commençai par préciser et varier les expériences de manière à mettre le fait initial de la non-pustulation hors de doute. Ces expériences ont eu principalement pour but : 1° de prouver que ce n'est pas à une dose insuffisante du médicament que l'absence de l'éruption est due ; 2° que ce n'est pas l'effet d'une idiosyncrasie particulière des malades, mais le résultat de conditions pathologiques où ils se trouvent ; 3° que l'application du tartre stibié à l'extérieur, qui ne produit pas de pustules à la peau, produit des effets physiologiques spéciaux, et des effets thérapeutiques incontestables, lesquels ne sauraient être rapportés à l'action révulsive. Voici un résumé de mes observations et de mes expériences sous ce triple point de vue :

A. — Influence de la dose.

Tous les médecins qui ont expérimenté l'action extérieure du tartre stibié, Giacomini, Krimer, Hutchinson, par exemple, sont d'accord sur ce fait, que la solution aqueuse de l'émétique ne détermine pas habituellement d'éruption cutanée; mais ils conviennent tous également que la meilleure manière d'assurer le développpement des pustules, c'est d'incorporer le médicament à l'axonge; et la dose la plus habituelle est d'un quart de tartre stibié pour trois quarts d'axonge. Au moyen de cette proportion, on voit généralement l'effet éruptif se produire. Dans nos premières expériences, nous avons donc commencé à faire usage d'une pommade composée d'un quart d'émétique sur trois quarts d'axonge. Nous avons successivement porté la dose au tiers, jusqu'à la moitié même, et nous avons constaté, dans les cas que nous spécifierons plus loin, l'absence absolue ou relative de toute éruption. Nous ajouterons immédiatement qu'il ne faudrait pas confondre, comme cela est déjà arrivé à quelques personnes que nous avons initiées à nos idées, l'action corrosive du tartre stibié sur la peau, avec la *pustulation*, la seule que nous ayons en vue ici, car, à certaines doses, avec un temps suffisant d'application, et surtout sous l'influence de frictions un peu fortes, le tartre stibié finit toujours par déterminer une irritation dermique, qui commence à l'érithème et finit à la gangrène. Mais cette éruption, en quelque façon toute mécanique, ne saurait être confondue avec la véritable pustulation.

B. — Effets idiosyncrasiques.

Il existe pour l'action stibio-dermique, comme pour celle de toutes les médications, certaines dispositions idiosyncrasiques en vertu desquelles l'économie se montre plus ou moins réfractaire. Ainsi, lorsque j'ai voulu établir les lois de la pustulation stibiée sur les sujets sains, j'ai rencontré un petit nombre d'individus chez lesquels on ne parvenait qu'avec la plus grande peine à obtenir l'éruption ; et, ce qui ajoutera encore à la singularité du fait, c'est que certaines parties du corps seulement, se montraient réfractaires à l'action du médicament : le coude et la partie antérieure du genou, par exemple. Mais, cette réserve faite au profit de l'exception idiosyncrasique, nous dirons qu'il n'est pas possible de confondre l'absence d'éruption stibiée due à cette dernière avec celle que nous avons constatée, sous l'influence de certains états morbides, et que nous croyons avoir mise hors de doute par les expériences suivantes.

Dans une série de cas où l'emploi de la méthode stibio-dermique me paraissait indiqué, j'ai fait simultanément des applications de pommade stibiée sur les parties saines et sur les parties malades qui se correspondaient : dans les coxalgies d'un seul côté, par exemple, je faisais en même temps des onctions sur la hanche malade et sur la hanche saine. Il en a été de même au cou, à l'épaule, au pied; et, dans un ordre de

faits plus élevé, j'ai fréquemment répété la même expérience sur les deux moitiés de la poitrine, en avant, en arrière ou sur les côtés : et presque toujours, j'ai remarqué des effets d'une différence telle qu'il était impossible de méconnaître un état réfractaire de la peau du côté malade, contrastant avec une pustulation normale du côté sain. Ce n'est pas le moment encore de déterminer quels étaient ces cas morbides. Nous ne voulons jusqu'ici qu'établir l'existence de ce double fait : l'impuissance du tartre stibié à produire la pustulation d'une certaine partie de la peau chez des individus malades, et l'absence, chez ces individus, d'idiosyncrasies exceptionnelles qui puissent rendre compte du défaut d'éruption.

C. — Effets physiologiques et thérapeutiques.

On pourrait croire, au premier abord, que l'absence de la pustulation stibiée, dans les cas où nous l'avons constatée, tient à un défaut d'absorption cutanée : ce serait déjà un fait digne de remarque, et il suffirait qu'il existât pour que nous y trouvassions un phénomène significatif d'un état physiologique spécial. Mais les choses n'ont pas lieu de cette manière. Le tartre stibié, appliqué à la surface de la peau, lorsqu'il ne provoque pas de pustules, est absorbé, et il produit des effets physiologiques et thérapeutiques manifestes.

Nous disons d'abord qu'il est absorbé; mais nous ne pouvons en donner la preuve chimique. Quelque effort que nous ayons tenté ou fait tenter jusqu'ici, nous n'avons pu encore déceler la présence de l'émétique dans les urines des sujets soumis à l'action de la méthode stibio-dermique. Mais ce que les réactifs chimiques n'ont pu faire, les réactifs physiologiques l'ont fait d'une manière suffisante.

Chez un grand nombre de sujets que j'ai soumis à la médication stibio-dermique, j'ai remarqué des éruptions consécutives sur différentes parties de la peau. A la suite d'applications stibiées au pied, à la hanche, au bras, j'ai vu survenir des éruptions au col, au creux de l'aisselle, sur la poitrine, sur le cuir chevelu même; mais c'est surtout au scrotum et au pourtour de l'anus, que les éruptions stibiées secondaires se manifestent. On pourrait croire, et j'ai cru moi-même dans le principe, que ces éruptions consécutives pouvaient tenir à un transport, par l'attouchement du malade ou autrement, d'une portion de la pommade stibiée; mais l'étendue de l'éruption, son siége et l'époque où elle se manifeste, dissipent toute incertitude à cet égard. Il n'est point rare, par exemple, de voir des éruptions consécutives qui couvrent tout le corps. Chez une dame qui avait fait usage, pendant trois semaines, d'applications stibiées sur la hanche gauche, nous vîmes le cou, la poitrine, le dos et la partie postérieure du cuir chevelu se couvrir d'une éruption qui simulait parfaitement une varioloïde. Quant au siége, j'ai dit qu'on l'observait surtout au pourtour de l'anus et sur le scrotum. Dans plusieurs cas où elle s'était montrée sur ces points, j'avais eu soin, après chaque application de pommade stibiée, de faire

essuyer la partie onctionnée de manière à ne laisser aucune chance de transport extérieur du médicament. J'ajouterai que ces éruptions consécutives ne se font souvent que plusieurs semaines après la cessation de l'emploi du médicament. On trouve rapporté, dans la *Gazette médicale* (1), le cas d'un malade chez lequel des pustules se sont développées sur le scrotum cinq semaines après l'enlèvement d'un emplâtre stibié, qui avait été appliqué entre les deux épaules. Chez un ancien officier dont j'avais combattu une douleur goutteuse subaiguë occupant les articulations tarsiennes, à l'aide de la méthode stibio-dermique, une éruption générale s'est manifestée plus de quinze jours après la cessation de toute application du médicament. Chez ce malade, l'éruption générale a coïncidé avec le commencement de l'éruption locale, et la douleur, qui avait résisté à l'emploi de toutes sortes de moyens, avait complétement cessé plusieurs jours avant l'apparition des pustules.

Dans les maladies où j'ai cru devoir recourir à la médication stibio-dermique, j'ai ordinairement observé ces trois faits : comme effet *local*, une disparition plus ou moins rapide de la douleur, une résolution des mieux caractérisées, et un dégonflement des parties tuméfiées ; comme effet *général*, un ralentissement du pouls, une disposition à la pâleur du visage, à la moiteur de la peau ; plus tard, des vestiges, et même des symptômes plus prononcés d'intoxication stibiée. Chez un malade qui avait fait usage pendant quatre semaines d'onctions stibiées sur la poitrine, sans obtenir une seule pustule, je remarquai du malaise, une grande pâleur du visage et des vestiges si prononcés, que je crus devoir suspendre les applications du médicament. Ce malade avait aussi éprouvé quelques envies de vomir.

Il ne peut donc rester aucun doute, d'après ces faits, sur l'absorption du tartre stibié et sur son transport dans les voies circulatoires.

Les effets, dont il vient d'être question, ne sauraient être rapportés à l'action révulsive. Puisqu'il n'y a point de pustules, il ne peut y avoir les effets d'une cause absente. L'action révulsive peut certainement se combiner avec celle du médicament absorbé pour produire des résultats convergeant au même but, comme l'action vomitive et l'action dite contro-stimulante se combinent quelquefois pour aider à la guérison d'une maladie ; mais j'insiste pour établir que l'action dynamique du tartre stibié, absorbé par la peau, est toute différente de l'action révulsive, et doit être soigneusement distinguée de cette dernière.

§ II. — FAITS ET EXPÉRIENCES CLINIQUES.

Ce qui précède est destiné à établir d'une manière abstraite et absolue le fait qui sert de base à la méthode stibio-dermique, à savoir : que, de même que le tartre stibié, employé à l'intérieur, produit, dans certaines conditions déterminées, un genre d'action autre que l'action

(1) *Gazette médicale*, année 1832, pag. 845.

vomitive ou purgative ; de même, le tartre stibié, appliqué extérieurement, produit, en l'absence de toute pustulation, une action dynamique locale et générale autre que l'action révulsive. Cherchons maintenant à déterminer les conditions cliniques où le fait se produit, et les caractères à l'aide desquels on peut toujours le reconnaître, dans toutes ses nuances et à tous ses degrés.

Si je possédais la notion étiologique propre à expliquer dans toutes ses particularités le fait qui sert de base à la méthode stibio-dermique ; ou si je voulais donner de ce fait l'idée plus ou moins fondée que je m'en suis formée, je serais dispensé de préciser les conditions cliniques de son emploi. Mais je ne connais pas l'une et je ne veux pas prématurer l'autre. La rigueur de démonstration que je me suis imposée dans ce travail, me fait d'ailleurs un devoir de procéder par voie d'observation et d'expérimentation d'abord, sauf à compléter ensuite, par l'induction, les produits directs de ces dernières méthodes.

J'ai dit que mes premières observations avaient été faites dans l'arthralgie. C'est cette maladie que je veux choisir pour exemple de mes déterminations cliniques.

On sait que l'arthralgie (*arthropatie, arthrite, arthrocace*, de certains auteurs) présente dans son évolution une série de phénomènes qui peuvent se rapporter à trois groupes, et se distribuer en trois périodes : les phénomènes du *début*, caractérisés par une douleur plus ou moins vive, avec exacerbations nocturnes. Jusque-là il n'y a point ou presque point de tuméfaction des parties, ou si elle existe temporairement, sous l'influence des exacerbations, elle cesse ou diminue dans les intervalles. J'appelle cette période : *période dynamique*, pour exprimer que la lésion, jusque-là bornée à l'élément nerveux, n'a pas encore nécessairement entraîné les lésions de nutrition qui caractérisent la seconde période, la *période organique*. Ce mot explique suffisamment ma pensée pour qu'il ne soit pas besoin de la développer autrement. J'ajouterai seulement que, lorsque la période organique est réalisée, elle peut continuer à s'accroître incessamment, et réagir à son tour sur l'organisme, en provoquant des symptômes proportionnés à l'importance de la lésion locale qu'elle comporte. Enfin, lorsque la période dynamique et la période organique ont fait leur temps et épuisé leurs effets, il peut arriver deux choses : ou bien que l'altération organique se résolve complétement, ou bien qu'elle reste à l'état stationnaire comme effet permanent d'un état morbide qui n'existe plus ; ces trois périodes si tranchées existent comme faits purement objectifs Quelque opinion doctrinale qu'on se forme de la maladie, on ne saurait contester l'existence, en fait, des trois époques que je viens de lui assigner. Ces trois époques, d'ailleurs ne sont indiquées ici que comme points de repère pour l'application efficace de la méthode stibio-dermique, efficace non-seulement quant au résultat pratique, mais encore efficace pour mettre en relief la différence des effets physiologiques, suivant qu'ils sont expérimentés dans l'une ou l'autre de ces périodes. Ajoutons encore que ces effets varient suivant l'intensité et l'étendue de la maladie.

Ceci posé, voici ce que nous avons observé :

Lorsque l'on fait des onctions stibiées, deux ou trois fois par jour, sur une articulation prise d'arthralgie à la première période, et à un degré intense (que cette arthralgie soit spontanée ou l'effet d'une violence extérieure), il ne survient, pendant les dix ou quinze premiers jours, aucune pustule sur le siege même de la principale douleur. Bientôt, du dixième au quinzième jour, il se développe autour des points onctionnés, des pustules assez nombreuses et assez fortes, tandis qu'au niveau du point malade, il ne se développe encore aucune pustule véritable. Il faut distinguer ici trois catégories de faits. Dans la première, il n'y a aucune éruption au centre du mal, même après trois ou quatre semaines d'onctions ; dans la seconde, on aperçoit, à la fin de la première semaine, quelques rares pustules disséminées, qui croissent, se développent, et atteignent à peu près au degré normal, après quoi aucune autre pustule n'apparaît, quoique les onctions stibiées soient continuées. Dans la troisième catégorie de faits, l'éruption, retardée seulement de huit à quinze jours, finit par se faire à peu près aussi complétement qu'à l'état normal. Voilà ce que l'expérimentation clinique produit dans la période dynamique de l'arthralgie.

A la seconde période, quand la lésion dynamique commence à se compliquer de la lésion organique, à un degré marqué, non-seulement les faits se passent aussi clairement que dans la période dynamique, mais ils se montrent avec un caractère de ténacité fort remarquable. Dans plusieurs cas d'arthralgie très prononcée de la hanche, datant de cinq à six semaines, j'ai continué les onctions stibiées pendant plus d'un mois, sans produire la moindre pustulation. Néanmoins, au pourtour du siége de la maladie, l'éruption était devenue si intense, qu'il a fallu suspendre la médication. Dans ces cas, il n'est pas rare de voir des pustules secondaires se manifester sur plusieurs parties du corps, et principement sur le scrotum et au pourtour de l'anus.

Dans la troisième période, les choses se passent différemment. Presque toujours l'éruption est ralentie et amoindrie ; mais elle n'est que ralentie et amoindrie. Elle est aussi généralement plus discrète. Ce n'est donc pas à cette période qu'il faudrait expérimenter pour constater les phénomènes propres à la méthode stibio-dermique.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils varient aussi d'une manière très remarquable, suivant que la méthode est employée dans la première, la seconde et la troisième période. Dans la première, les onctions stibiées sont tellement efficaces, que, depuis bientôt dix ans que j'y ai recours, je ne crois pas avoir rencontré un seul cas réfractaire. Dans le second, le moyen est moins sûr, quoique parfaitement indiqué ; dans la troisième, il ne produit presque aucun effet, et j'y ai complétement renoncé, à moins que des douleurs arthralgiques ne se réveillent ; alors les onctions stibiées peuvent encore être de quelque secours.

Les effets physiologiques et thérapeutiques produits dans chacune de ces trois périodes, ne sont pas moins dignes de remarque.

Dans la première, j'ai presque toujours vu la douleur péri-articulaire disparaître en quelques jours. Les exacerbations, les cris nocturnes, si remarquables à cette période cessent ordinairement dès le troisième ou le quatrième jour ; il ne reste qu'un peu de sensibilité à la pression, et j'ai vu des malades, après dix jours de la médication, pouvoir reprendre l'usage de leur membre. L'apparition de l'éruption sur le siége du mal, est ordinairement le signal du commencement de la guérison.

Les phénomènes pathologiques de la seconde période de l'arthralgie ont été jusqu'ici très mal et très incomplétement indiqués par les auteurs. La préoccupation d'une affection inflammatoire a fait rétrécir le théâtre du mal et amoindrir ses symptômes. Or, la maladie comprend souvent l'ensemble des tissus : peau, tissu cellulaire, muscles, ligaments, nerfs, synoviales et extrémités articulaires. Pour nous borner à quelques symptômes, dont le caractère avait été méconnu et dont l'existence est surtout modifiée par la méthode stibio-dermique, nous signalerons la rigidité des ligaments, la contracture des muscles, et même leur paralysie plus ou moins complète, dont la contracture n'est qu'une modalité. Eh bien ! indépendamment de la cessation de la douleur et des crises nocturnes auxquelles les onctions stibiées mettent fin pendant la seconde période, comme dans la première, elles ont pour effet presque constant de dissiper la paralysie et la contracture musculaire ; et si la tuméfaction des parties n'est pas trop avancée et trop ancienne, elle disparaît avec les autres symptômes primitifs. J'ai insisté avec quelques details sur les particularités du type que j'ai choisi ,c'est parce qu'il doit servir de base à de nombreuses applications.

Si nous résumons les données exposées dans ce chapitre, nous voyons que les effets de la méthode stibio-dermique, considérés au point de vue expérimental et clinique, varient aussi bien sous le rapport de leur action dynamique et thérapeutique :

Quant à la première, les pustules manquer complétement dans un certain nombre de cas ; être simplement retardées dans un plus grand nombre ; être moins intenses et moins nombreuses dans tous les cas : d'où il résulte que, considérée dans son caractère le plus élevé, et appréciée dans la généralité de ses effets, cette action ne saurait pas plus être méconnue que contestée ;

Quant à l'action dynamique et thérapeutique, l'efficacité de la médication se montrer d'abord par la cessation graduelle de la douleur, par l'enchaînement des crises nocturnes, par la résolution de l'engorgement aigu, par la cessation de la contracture et de la paralysie ;

Et ces deux ordres de faits varier avec les conditions d'intensité, de période, de durée, d'étendue et de siége de la maladie.

Que s'il arrivait qu'on dénaturât le caractère de ces variations, pour les oposer au fait dont ils ne sont que des expressions diversifiées ; s'il arrivait, comme Rasori n'a pu l'éviter lui-même, qu'on exagérât et dénaturât l'incertitude des cas particuliers pour contester ou dénaturer la valeur du fait général, nous rappellerions que l'action spéci-

fique de l'émétique à hautes doses, ne repose pas sur une tolérance absolue et de tous les instants, c'est-à-dire sur sa séparation complète et absolue d'avec l'action vomitive ou purgative ; mais sur une action caractérisée par l'ensemble des faits, aperçue plutôt qu'évidemment vue à travers les combinaisons multiples des réactions physiologiques opposées de l'organisme animal.

§ III. — APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Nous avons laissé pressentir, dans le paragraphe précédent, que les applications de la méthode stibio-dermique sont nombreuses : depuis dix ans bientôt que nous l'avons instituée pour notre propre usage, ce n'est pas à des centaines de cas seulement que nous l'avons appliquée, mais à un nombre de cas que nous n'avons plus la prétention de compter. Dans l'origine, nous avons recueilli et fait recueillir des observations particulières que nous publierons en même temps que le travail développé dont cet essai n'est qu'un résumé. Mais, pour le moment, nous devons nous borner à des indications sommaires, afin de mettre les praticiens à même de vérifier nos observations, et de tirer eux mêmes de notre méthode les avantages qu'elle est susceptible de leur offrir.

Si nous voulions faire intervenir ici la théorie que nous nous sommes faite, à l'endroit de l'action la plus générale de la méthode stibio-dermique et du caractère le plus élevé de la lésion pathologique, à laquelle nous l'opposons, nous montrerions, d'une part, comment cette méthode enraye l'évolution de l'arthralgie, et de l'autre, nous indiquerions le rapport qui existe entre cette dernière maladie et toutes celles du cadre nosologique dont elle n'est, à nos yeux, qu'une manifestation particularisée. Mais ce serait prématurer des rapprochements et une généralisation dont les difficultés et l'incertitude pourraient rejaillir sur la simplicité et la certitude de notre point de départ. Bornons-nous donc à des indications purement expérimentales : elles n'auront d'autre prétention que de rappeler les groupes de symptômes dans lesquels nous avons constaté tout à la fois le fait de la non pustulation qui sert de base à la méthode, et l'efficacité de cette dernière.

Par des motifs que tout le monde comprendra, notre premier soin a été de savoir si la méthode stibio-dermique produirait dans les affections aiguës de la poitrine (pneumonie, pleurésie), qui sont le triomphe de la méthode rasorienne, des effets physiologiques et thérapeutiques, comparables à ceux que produit cette dernière. Nos observations ont porté successivement sur des cas de pneumonie simple, sur des cas de pneumonie compliquée, sur des cas de pleurésie et sur des cas de tuberculisation aiguë et chronique. Nous dirons, sans crainte d'être contredit par l'observation ultérieure que, comme expérience physiologique nous avons constaté, dans ces quatre groupes de maladies, des résultats plus positifs peut-être encore que dans l'arthralgie.

Nous ne citerons que quelques faits : d'abord, le cas de pneumonie double déjà mentionné plus haut. Dans ce cas, les onctions pratiquées sur la paroi antérieure de la poitrine et répétées pendant quatre semaines, jusqu'à intoxication stibiée, n'ont produit aucune trace d'éruption. Chez ce malade, le pouls est successivement descendu de cent vingt à quarante-quatre pulsations. Nous avons constaté un résultat à à peu près aussi prononcé sur une jeune collégien, âgé de onze ans, qui offrait, depuis un mois environ, tous le ssymptômes d'une tuberculisation aiguë. Chez cet enfant, après trois semaines d'onctions répétées sur la partie antérieure du thorax, il n'est survenu que deux pustules. Mais le cas le plus curieux est celui d'une jeune fille de douze ans, morte les deux poumons farcis de tubercules. Chez cette jeune fille, des onctions stibiées, répétées trois fois par jour, pendant six semaines, n'ont pu parvenir à développer la moindre apparence de pustules. Des symptômes d'intoxication stibiée, faiblesse extrême, malaises, vertiges, céphalalgie, envies continuelles de vomir, nous ont empêché de pousser plus loin l'expérience.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils ne sont pas moins évidents que les résultats physiologiques. Notons ici que la méthode a été employée seule. L'amélioration a suivi à peu près la marche qu'elle présente dans l'arthralgie : diminution graduelle et cessation de la douleur ; presque immédiatement après, ralentissement du pouls, rétablissement du calme nocturne, respiration plus libre, expectoration plus facile ; en un mot, enrayement de la lésion dynamique et résolution de la lésion organique. Pour accroître l'autorité des résultats obtenus directement par nous-même, nous avonr prié deux de nos confrères, MM. les docteurs Abeille et Tholozan, tous deux, médecins de l'hôpital du Val-de-Grâce, de vouloir bien faire l'application de notre méthode aux malades de leur service. Ces deux honorables confrères out obtenu, à une année d'intervalle, à peu près les mêmes résultats que nous. Les cinquante et quelques observations qu'ils ont recueillies et qu'ils ont bien voulu nous remettre, seront publiées avec les principaux faits de notre pratique.

Pour ne pas trop étendre ce travail, nous nous bornerons à indiquer simplement les autres maladies dans lesquelles la méthode stibiodermique a produit le double résultat physiologique et thérapeutique obtenu dans l'arthralgie et la pneumonie. Tels sont plusieurs cas de rachialgie aiguë, de cardite, de métro-peritonite, de péritonite tuberculeuse, de rhumatisme articulaire, de rhumatisme goutteux, d'hydarthrose blennorhagique, d'iritis traumatique, aiguë et subaiguë, et une foule d'autres cas où une douleur profonde, circonscrite, fixe, ne pouvait être considérée comme une simple névralgie Dans tous ces cas, la pustulation tardive, rare ou incomplète, a constamment justifié le rapprochement dont ils étaient l'objet ; et la cessation du mal, coïncidant avec l'application réitérée du remède et l'apparition de l'éruption, n'a pas permis de mettre en doute l'action et l'efficacité de la méthode.

§ IV. — DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA MÉTHODE STIBIO-DERMIQUE ET LA MÉTHODE RASORIENNE.

L'étude des rapports qui peuvent exister entre ces deux méthodes, n'a pas seulement pour objet de les rattacher l'une à l'autre, mais surtout de les éclairer l'une par l'autre. Montrer que les phénomènes physiologiques qui s'observent dans l'application extérieure du tartre stibié, franchissant sans lutte aucune la barrière cutanée, sont du même ordre que ceux qui suivent l'ingestion tolérée du tartre stibié par la voie gastrique, c'est, à coup sûr, ajouter une donnée de plus à la solution d'un problème non résolu jusqu'ici. Car, il est superflu de le faire remarquer, ce qui reste de la méthode si originale et si féconde du médecin italien, ce n'est pas, certainement, le système qui lui a servi de prétexte et de porte-voix, mais le fait physiologique et le résultat pratique qui en constituent l'importance et la nouveauté aux yeux de tous les hommes impartiaux. Essayons donc de montrer les rapports de connexité physiologique qui peuvent exister entre la méthode stibio-dermique et la méthode rasorienne.

La muqueuse qui tapisse les anfractuosités du tube digestif, n'est qu'une extension du système tégumentaire général, approprié aux diverses fonctions qui s'exécutent à sa surface. A ce point de vue, la surface gastrique est une surface cutanée. D'après cette seule analogie, n'était-il pas permis d'espérer que l'application de la même substance médicamenteuse sur deux points différents de la même surface, dans les mêmes conditions physiologiques ou morbides, engendrerait des effets et produirait des résultats de la même nature? Ce que l'expérience tend à confirmer. A l'état normal, la pustulation de la peau et l'effet vomitif ou purgatif, ne sont-ils pas, sous des formes différentes, les témoignages de la même réaction organique? A l'état pathologique, l'absence de pustulation d'une part, et de l'autre, l'absence de l'effet vomitif ou purgatif, ne se correspondent-ils pas? Et, pour compléter l'analogie, ne voit-on pas, dans l'application cutanée du tartre stibié, les premières pustules se développer à la circonférence du point malade, et, dans l'application gastrique, n'est-ce pas aussi au voile du palais, à l'œsophage, et dans l'intestin, c'est-à-dire dans les régions excentriques de l'estomac, qu'elles se manifestent? Enfin, une fois la barrière franchie de part et d'autre, quelle différence entre l'action du tartre stibié introduit par la voie cutanée ou par la voie gastrique? N'est-ce pas de part et d'autre l'émétique absorbé, agissant tout à la fois sur l'organe et sur l'organisme par la voie du sang et des nerfs? Dans la pneumonie, par exemple, cette identité d'action ne se montre-t-elle pas à chaque pas? Voyez : même mode d'amendement des symptômes de la maladie, même diminution de la douleur, même atténuation de l'action circulatoire, même résolution de l'organe engorgé, finalement, même guérison et même mode de guérison.

Au seul point de vue des faits, et de l'induction la plus légitime, n'est-il pas permis de le dire avec toute la rigueur d'une démonstra-

tion expérimentale : la méthode stibio-dermique est un agrandissement et un éclaircissement de la méthode rasorienne, et les deux méthodes ne sont que deux procédés de la méthode générale stibio-dynamique ?

Note sur des modifications apportées à la méthode de délivrance forcée de M. le professeur Van Huevel, *et sur un nouveau céphalotome ;* par le docteur A. Didot, membre titulaire.

Lorsqu'en 1849, j'écrivis le mémoire qui servit de base à la discussion académique, et devint le point de départ de la polémique non moins intéressante qui s'ensuivit, j'étais préoccupé de l'insuffisance et des inconvénients de tous les modes de délivrance connus ou employés dans les cas de viciation grave du bassin. Je proposai donc un procédé simple, inoffensif, et applicable à beaucoup de cas graves dans lesquels les autres méthodes sont et doivent rester impuissantes. Ce procédé consistait dans un mode particulier de désarticulation, de disjonction des os du crâne, au moyen d'un instrument que je nommai *diatrypteur.*

Pour justifier de l'opportunité du moyen nouveau que je proposais, je ne pus me dispenser d'exposer l'état exact de la science, je fus forcé de me livrer à une critique raisonnée de tout ce qui exissait, je dus enfin attribuer à chaque méthode, à chaque procédé, la part d'utilité que je croyais lui appartenir, afin de bien établir les prémisses, dont la conséquence nécessaire était le besoin de nouvelles ressources contre les éventualités résultant de la déformation du bassin.

Alors, je me demandai, s'il ne serait pas possible de désarticuler les os du crâne du fœtus dans le sein de la mère, sans entamer notablement les parties molles qui les recouvrent ; je fis de nombreuses expériences sur le cadavre, et publiai enfin mon travail, dans lequel j'exposai consciencieusement mes idées, mes opinions, et les faits pratiques sur lesquels ma conviction s'était établie. Je disais « qu'un in-
« strument qui ne serait *ni tranchant, ni pointu,* et qui parviendrait
« à faire éclater les os de la tête du fœtus, pourrait procurer la déli-
« vrance dans les cas où *l'on ne voudrait ou ne pourrait appliquer le*
« *forceps-scie de M. Van Huevel.* Des expériences, ajoutais-je, ont jus-
« tifié cette manière de voir ; maintenant il faut que des faits prati-
« ques confirment ou infirment ces principes que j'ai émis : mais je
« crois, avec d'autant plus de raison, que je ne me suis point trompé,
« que, dans la plupart des cas, il suffira de vider le crâne, et d'amener
« l'affaissement de la voûte osseuse, pour procurer la délivrance à
« travers un bassin vicié. Cette manière de voir est fondée sur des
« raisonnements et sur des faits ; ausi, je persiste à la soutenir. On ne
« contestera pas, j'imagine, que le diatrypteur ne puisse procurer ce
« résultat sans danger pour la mère : et n'eût-il que ce seul avantage,
« ne serait-il qu'à cette fin, je croirais encore avoir mis entre les

« mains des accoucheurs de campagne, un instrument aussi utile « qu'il est inoffensif. »

La question du diatrypteur étant ainsi posée, et réduite à sa plus simple expression, je déclarai qu'il ne restait qu'à consulter le langage des faits, et à laisser un libre cours à l'opinion, dont j'attendais l'arrêt avec confiance.

Toutefois, la présentation de cet instrument ne m'interdisait point de recherches ultérieures ; je fixai donc mon attention sur une autre méthode à laquelle j'avais déjà rendu une justice éclatante.

Dans le cours de mon mémoire, j'avais dû soumettre la méthode de M. Van Huevel à un examen d'autant plus sérieux, qu'à mes yeux, le forceps-sie constituait le progrès le plus remarquable que l'on eût réalisé en obstétricie dans les temps modernes. Voici comment je m'exprimais : « Grâce à l'effet de cet appareil, M. Van Huevel crut pou- « voir, en toute circonstance, scier le crâne dans toute sa hauteur, de- « puis le sommet, jusques et y compris la base incompressible, de « façon à pouvoir *retirer séparément les morceaux sans blesser ni con-* « *tondre les parties de la femme.* Or, c'était précisément là le point diffi- « cile, c'était l'écueil contre lequel sont venus se briser les efforts de « tous les accoucheurs ; et, pour être juste, je me hâte de proclamer « que si M. Van Huevel n'est point encore arrivé *à la perfection*, il est « bien près de l'atteindre ; car sa méthode, en ouvrant une voie nou- « velle aux expérimentateurs, promet des résultats que l'on n'eût osé « espérer par les procédés anciens. »

Cependant, je constatai « qu'il se présentait quelques difficultés « d'exécution qui ôtaient à la méthode cette simplicité parfaite, cette « facilité d'exécution que l'on avait d'abord admises, et qui laissent « l'opérateur aux prises avec une partie des embarras de tous les « autres procédés. Ces difficultés, disais-je, disparaîtront plus tard, « je n'en fais aucun doute, et les inconvénients secondaires qui res- « tent attachés au procédé plutôt qu'à la méthode, seront corrigés, de « sorte que la découverte de M. Van Huevel restera comme l'un des « progrès les plus remarquables de nos jours. »

Je formulai donc les objections suivantes que j'appuyai *sur le texte même des écrits de* M. Van Huevel, afin d'éviter d'avance le reproche de ne combattre que des hypothèses, ou de prêter à cet auteur des opinions *qui ne seraient pas les siennes* (1).

Je dis : 1° Que le forceps-scie de M. Van Huevel, tel qu'il était construit et placé dans tous les cas possibles, parce que même avec des cuillers de dix-huit lignes de largeur, il se rencontrerait des bassins viciés au point de ne pas admettre l'instrument ;

2° Que, dans bien de cas, le forceps-scie ne pourrait être *engagé*

(1) On a dit à ce propos que je n'avais pas profité des articles publiés en 1844 et 1849 par MM. De Biefve et Feigneaux. Cela est vrai, mais à part la position des fesses, où est la différence dans les procédés ?... D'ailleurs l'article de 1844 se rapporte encore aux gaînes droites.

assez profondément pour saisir la tête de façon *à dépasser* le point qui doit servir de limite à l'action de la scie;

3e Que la scie pouvait *se briser*, *se graisser*, se tordre, et qu'il y avait dans ses dispositions mêmes une cause permanente de rupture;

4° Que certaines manœuvres conseillées par M. Vau Huevel, pour dégager le segment crânien et en faire l'extraction ne paraissaient pas exemptes de dangers pour les organes utéro-pelviens, etc., etc.

A la suite de ces observations critiques, j'ajoutai : « M. Van Huevel « *perfectionnera son instrument*, il lui fera subir des modifications plus « importantes que celles qu'il lui a déjà imprimées, il cherchera, en un « mot, à faire disparaître les désavantages qui lui sont inhérents, et ne « tardera pas à doter la science, et surtout la pratique, d'une mé- « thode généralement applicable, d'un procédé certain. La chose lui « sera d'autant plus facile, qu'il a distancé tous ses devanciers, et « qu'il s'est de prime-abord placé sur un terrain que personne, avant « lui, n'avait aussi bien exploré. »

Ces objections, dont on contesta la justesse, amenèrent un échange de notes, de lettres et d'articles de journaux, dont la conclusion fut, pour mes honorables contradicteurs, que *le forceps-scie tel qu'il était construit en* 1850, suffirait à toutes les éventualités, et qu'il était peu utile de lui faire subir de nouvelles modifications.

Cependant, dans une lettre que j'eus l'honneur d'adresser à M. Van Huevel, le 20 novembre 1850, par l'intermédiaire de la *Presse* du 24 du même mois, n° 48, je m'exprimais ainsi : « Avant de terminer ces « observations déjà bien longues, permettez-moi, très honoré col- « lègue, de vous donner une nouvelle preuve de l'intérêt que je porte « à votre méthode, et du désir que j'ai de voir la science dotée de « moyens certains et efficaces pour procurer la délivrance des mal- « heureuses affectées de déformation grave du bassin.

« Le forceps-scie coûte cent quatre-vingts francs, avec une seule « scie à chaînette, et même à ce prix le fabricant ne peut y trouver « qu'un mince bénéfice. Cela provient de détails de fabrication que « vous connaissez, et qu'il est impossible demodifier, si l'on continue « à vouloir concentrer dans cet instrument toutes les conditions qu'il « remplit aujourd'hui.

« En effet, le forceps-scie, tel que vous l'employez, réunit toutes « les qualités du forceps ordinaire, et sert de plus à abriter et à con- « duire la scie qui doit diviser le crâne; c'est-à-dire, qu'il est à la fois « agent de *préhension*, de *division* et d'*extraction*. Nous devons recon- « naître que comme agent d'*extraction*, il rend de minces services, et « peut être privé de cette qualité sans nuire le moins du monde à la « bonté de la méthode. Comme agent de *préhensoin*, il n'a pas besoin « d'une force bien grande, et du moment où les branches peuvent « rester appliquées sur les côtés de la tête pendant que la scie agit, le « but est atteint. Or, si ces deux propositions sont fondées, l'instru- « ment devient d'une construction facile, et son prix peut être réduit... « Les lames qui poussent la scie, cheminent dans une gaîne en acier

« ou en argent neuf, dans laquelle sont menagées trois rainures re-
« présentant une croix tronquée. Les deux premières, qui se regar-
« dent, admettent les bords de la *lame conductrice*, tandis que la
« troisième, qui leur est intermédiaire, abrite la scie à chaînette qui
« se dégage par l'ouverture du quatrième côté, et complète ainsi la
« croix. Remarquez bien que, dans le forceps-scie actuel, cette *gaîne*
« *cruciale* doit être *incrustée* dans les cuillers de l'instrument par une
« opération de ciselure qui est extrêmement longue et coûteuse, puis
« soudée afin de faire corps avec le tout. Il n'est pas possible, dans
« l'état actuel des choses, de procéder différemment, et c'est là qu'est
« la raison du peu de vogue du forceps-scie. Vous avez fait de nom-
« breux essais, personne ne peut en douter ; cependant, je crois que
« l'influence d'un mot, d'un seul mot, a dominé toutes vos tentatives,
« et vous a sans cesse ramené aux mêmes errements. Préoccupé de
« l'idée du *forceps*, vous avez dû écarter beaucoup d'inspirations heu-
« reuses, pour en revenir toujours à la disposition de cet instrument.
« Si, au lieu de cela, vous eussiez secoué tout souvenir du passé, si vous
« n'aviez obéi qu'aux élans de votre génie inventif, vous eussiez fait
« un instrument spécial, c'est-à-dire un appareil exclusivement ap-
« proprié à sa destination, qui est *la section du crâne*...

« Le but étant de *diviser le crâne dans le sens transversal et dans les*
« *bassins les plus déformés*, l'appareil le plus convenable sera celui qui
« pénètrera avec le plus de facilité, qui conduira sûrement la scie, et
« garantira toujours les organes de la mère...

« Je renonce donc, et à la forme des cuillers du forceps, et à la
« puissance que possède un instrument en acier massif, parce que ces
« deux conditions sont inutiles dans l'espèce... *Avec une tige unique*,
« plus de difficultés d'introduction, et placement plus commode
« qu'avec des cuillers ordinaires.

« Quant au mécanisme, moteur de la scie, il ne saurait être plus
« parfait que celui que vous avez adopté ; aussi, je me garderai bien
« d'y rien changer. »

Du reste, j'avais eu soin de consigner dans mon mémoire une profession de foi assez franche pour calmer toute susceptibilité, et pour ôter tout prétexte à une polémique personnelle. « Je viens,
« disais-je, d'examiner sous le point de vue critique, la belle décou-
« verte de M. le professeur Van Huevel, je n'ai rien omis, rien négligé
« des divers reproches qne l'on peut opposer à sa méthode, Est-ce à
« dire que je ne lui rends pas justice ? Est-ce à dire surtout que je nie
« les services qu'elle est appelée à rendre dans la pratique des accou-
« chements ? Non, sans doute ; et pour compléter ma pensée, je suis
« persuadé, que par ces observations, je rends à son auteur un service
« bien plus signalé que si je m'étais borné à ces formules laudatives,
« dont la banalité et le vide n'entraînent qu'erreur pour le savant, et
« déception pour le praticien. »

Le but que je me proposais, fut-il atteint ? c'est ce dont il est permis de douter.

Quoi qu'il en soit, ces simples explications suffiront pour faire comprendre que je ne pouvais rester sous le poids du reproche « d'avoir « *manqué envers un compatriote, de sincérité, de justice, ou de circonspec-* « *tion dans mes jugements !...* »

Je devais justifier les observations critiques que j'avais formulées, et pour cela je ne pouvais mieux faire que de produire un *céphalotome* expurgé des inconvenients reprochés au *forceps-scie* de 1850, c'est-à-dire l'instrument que l'on emploie en 1851 à la Maternité de Bruxelles ; c'est ce que j'ai fait. Quelques détails sont nécessaires pour permettre de décider si j'ai réussi.

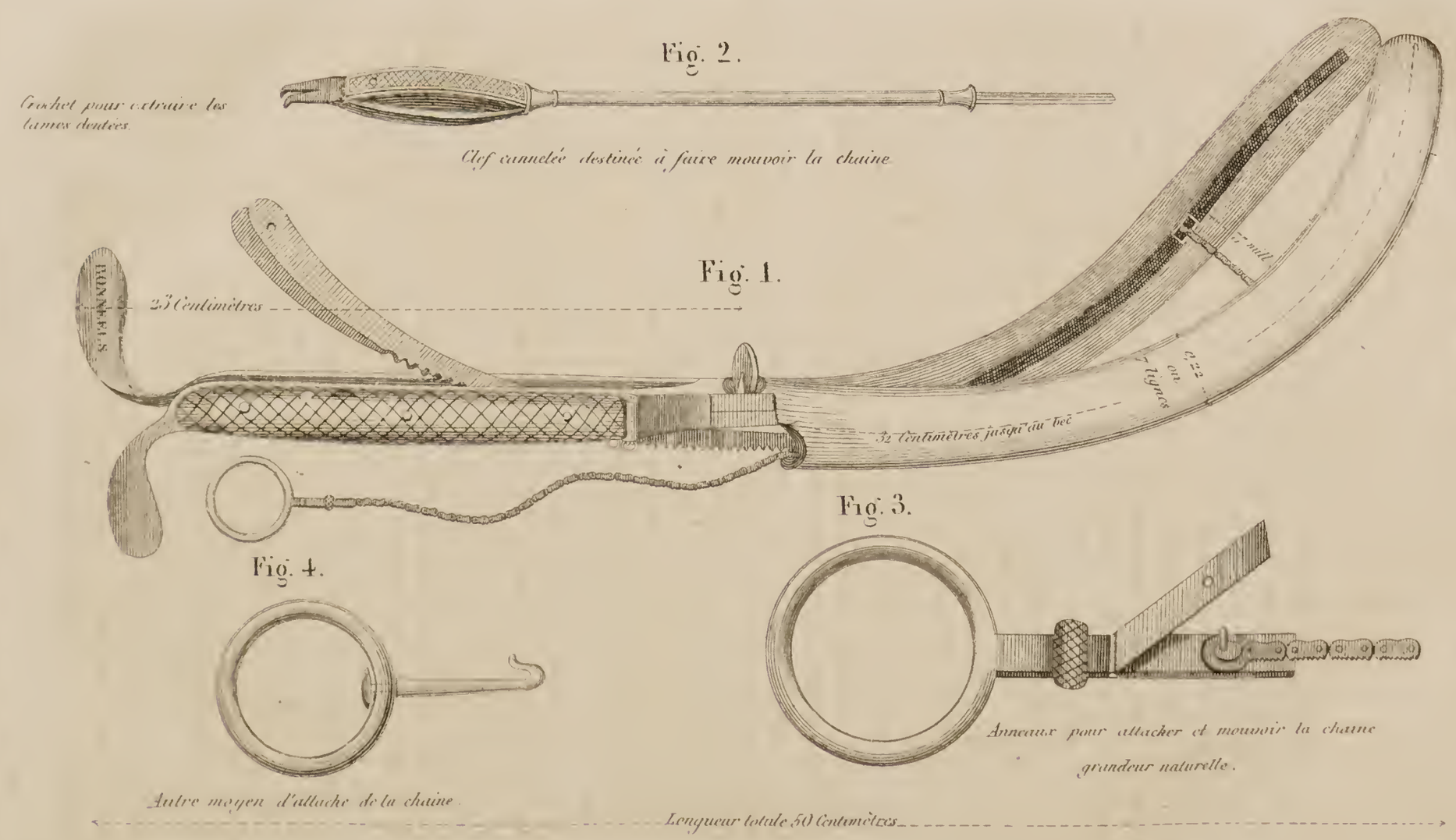
J'abandonne le nom de *forceps-scie*, parce que mon instrument n'est pas un *forceps ;* c'est un *céphalotome*. Mais pour prévenir tout *malentendu*, je m'empresse d'ajouter que je ne me sens pas la moindre envie, la moindre velléité d'en réclamer la paternité, puisqu'il n'est qu'une modification de l'instrument de M. Van Huevel. Améric Vespuce n'a-t-il pas donné son nom à la quatrième partie du monde, tandis qu'il n'est pas un écolier qui ne sache que c'est à Christophe Colomb que revient tout l'honneur de sa découverte? Palfyn a inventé le forceps, personne ne le conteste aujourd'hui ; et cependant nous disons constamment le forceps de Levret, de Péan, de Smellie, de Dubois, de Guillon, de Van Huevel, etc. Je puis donc aussi donner à mon instrument le nom de céphalotome sans faire tort à personne.

Le *céphalotome* que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, est *plus long, plus courbe*, et *plus étroit* que le forceps-scie ; il est fabriqué par des procédés tout à fait différents, et présente enfin des dispositions spéciales dans les diverses parties de la chaîne.

Il est *plus long* d'un pouce, à partir de l'ouverture d'engagement de la scie jusqu'au bec des pinces, afin d'éviter tout frottement de la chaîne contre les parties molles du vagin. Or, cet inconvénient se présente d'autant plus facilement avec le forceps-scie, que les cuillers sont plus profondément engagées, et que la préhension de la tête a lieu plus haut. Lorsque M. le professeur Simon a opéré la femme Baudhuin, le 1er avril dernier, j'ai eu infinement de peine à garantir le vagin contre l'action de la scie, et cependant, l'instrument était presque neuf, et construit sur le dernier modèle. En donnant plus de longueur *aux gaînes* j'évite cet inconvénient, et je puis saisir la tête à une plus grande hauteur.

La céphalotome est *plus courbe* que le forceps-scie, parce que, d'une part, j'ai supprimé le segment postérieur de l'ovale de la cuiller, et reporté par conséquent la ligne de détermination de la courbure effective vers la branche antérieure qui, d'autre part, reçoit elle-même une incurvation un peu plus prononcée. Le but de cette modification est facile à saisir : il sera apprécié surtout chez les femmes fortement *ensellées*, chez celles qui présentent une saillie exagérée de l'angle sacro-vertebral, avec inclinaison antérieure du bassin. En pareil cas, l'utérus est fortement projeté en avant, et pour arriver à saisir convenablement la tête de l'enfant, il faut que l'instrument ait assez de

CÉPHALOTOME MODIFIÉ.



longueur et soit suffisamment courbé pour se placer naturellement, sans qu'il en résulte ni tiraillements ni compression pour les parties molles du bassin; ce sont des conditions que l'on rencontrera dans les nouvelles dispositions du céphalotome. En outre, les poignées de l'instrument ne devront, en aucun cas, être fortement inclinées vers le coccyx, il ne faudra aucun effort pour les maintenir, de sorte que l'opération marchera avec promptitude et facilité dans des cas exceptionnels, tout comme cela a lieu pour les viciations moins prononcées, avec le forceps-scie.

L'un des principaux mérites du *céphalotome*, c'est d'être *extrêmement étroit*, et de pouvoir pénétrer dans des bassins réduits à un pouce environ pour le diamètre antéro-postérieur. En effet, les branches n'ont que sept lignes de largeur, tandis que le forceps-scie porte des cuillers plus de deux fois plus larges ! L'on comprend donc que le céphalotome doit convenir à peu près dans tous les cas de dystocie, et qu'il est désormais possible d'étendre, de reculer la ligne de démarcation tracée par M. Van Huevel lui-même au delà de laquelle la section crânienne était déclarée impossible.

En effet, nous lisons dans un article publié par M. le docteur A. Feigneaux, dans le *Journal de médecine* de Bruxelles, du mois d'août 1849, article qui paraît être l'expression officielle de la pensée de M. Van Huevel, que « au-dessous de cinq centimètres et demi (dix-« neuf lignes) d'ouverture au détroit supérieur ou inférieur, l'extrac-« tion d'un enfant à terme, vivant ou mort, doit se faire par une « opération sanglante sur la femme ; mais, ajoute-t-il, au delà de huit « centimètres (vigt-sept lignes) à huit centimètres et demi (vingt-neuf « lignes), sauf les cas de montruosités, jamais les instruments tran-« chants ne sont nécessaires ni sur la mère, ni sur l'enfant. En consé-« quence, la céphalotomie n'est applicable que pour les bassins ré-« trécis dans les limites indiquées ci-dessus. » En outre, nous lisons dans la *Presse* de Bruxelles, du 18 mai 1851, n° 21, « qu'un bassin « de moins de dix-huit lignes nécessite l'hystérotomie, par la raison « bien simple, que les diverses parties du corps de l'enfant ne pour-« raient franchir l'excavation pelvienne qu'après avoir été dilacérées, « opération beaucoup plus grave pour la mère, que l'opération césa-« rienne elle-même. »

Qu'en outre, « Un bassin de deux pouces et demi de diamètre ne « peut offrir de difficulté pour l'introduction du forcesps-scie, à moins « de difformité considérable d'une paroi cotyloïdienne. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

JUIL. 1851.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	mm.		
1	759,01	23,3	28,8	13,9	»	NO-ESE.	Superbe ; couvert le soir.
2	751,89	22,4	29,5	16,5	»	ESE.-SE.	Beau ; orageux et pluie le soir.
3	753,16	22,2	27,6	15,9	0,76	SE.-ONO.	Beau ; orageux l'après-midi.
4	755,43	19,3	26,4	14,7	0,25	SE.-NE.-NO.	Beau mais nuageux.
5	757,59	16,5	22,4	13,3	»	NO.-N.	Couvert le matin, beau le soir.
6	758,22	18,5	22,3	10,4	»	NO.-NNO.	Très beau.
7	758,69	20,0	22,4	13,7	»	NNO.-NO.	Assez beau.
8	751,37	16,0	22,6	11,0	0,38	NO.-O.	Incertain, pluie.
9	753,05	16,8	19,6	12,4	0,89	OSO.-O.-ONO.	Assez beau; un peu de pluie le soir.
10	750,13	17,3	20,6	12,1	»	ONO.-NO.-SO.	Assez beau le matin ; pluvieux le soir.
11	760,91	14,5	21,9	9,0	12,09	SO.	Assez beau mais incertain.
12	758,29	17,4	20,2	12,6	0,25	NO.-O.	Nuageux, menaçant mais pas de pluie.
13	754,18	18,1	22,3	14,5	»	SO.-O.-NO.	Beau.
14	748,12	17,4	23,4	13,1	1,27	O.-SO.-OSO.	Pluvieux et venteux le matin; doux le soir.
15	751,31	17,5	20,3	12,7	1,15	OSO.-SO.	Variable, averses.
16	752 08	14,6	20,8	11,2	4,07	SO.-S.	Pluie le matin ; beau le soir.
17	753,73	15,3	19,8	8,3	0,13	SO.-NO.	Beau ; froid le soir.
18	754,49	16,1	20,2	9,1	»	NO.-NNE.	Beau.
19	759,27	16,7	20,9	10,2	»	NNE.-NO.	Beau le matin; couvert et pluie le soir.
20	756,22	19,2	23,0	14,5	0,38	NO.-SO.	Temps chaud, orageux ; ondées.
21	758,14	19,6	22,0	14,7	11,46	SO.-S.	Beau.
22	758,57	19,4	23,2	11,7	»	SO.-O.-OSO.	Très beau.
23	752,45	22,0	26,1	12,2	»	SO.-NNE.	Couvert ; pluie.
24	744,73	17,4	27,6	15,2	16,64	NE.-SE.-SO.	Pluvieux.
25	743,94	18,0	21,4	12,4	10,69	SO.-O.	Pluvieux ; beau le soir.
26	747,27	18,4	21,2	14,2	9,67	SO.	Nuageux, incertain.
27	755,21	16,6	20,1	13,0	»	SO.-NO.	Beau.
28	759,08	20,7	22,6	13,5	1,78	SO.-O.-NO.	Très beau.
29	753,61	23,4	25,0	16,4	0,13	SO.-O.	Assez beau le matin ; orage le soir.
30	753,22	18,0	24,7	16,0	3,31	S.-SO.-NO.	Sombre ; pluie torrentielle le matin.
31	755,52	20,4	22,1	16,4	0,25	NO.	Sombre.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. Pathologie, Thérapeutique et Clinique médicale.

PATHOLOGIE INTERNE.

1. *Notice sur la suette miliaire qui a régné à Castandet (Landes)*; par le docteur F.-M. Dupouy.

(L'Union médicale, Nos 76 et 77; 28 juin et 1er juillet 1851.)

Dans le courant du mois d'avril de l'année 1849, une rumeur sinistre répandit l'épouvante dans le canton de Grenade. Une maladie inconnue, disait-on, rapide dans sa marche, terrible dans ses résultats, venait d'apparaître dans la commune de Castandet.

Cette commune renferme une population de mille à douze cents âmes. Elle est située sur un plateau assez élevé; son terrain est argileux et imperméable; le sol accidenté présente quelques vallées peu profondes, formées par des monticules de peu d'élévation. Les habitations sont disséminées indistinctement sur les différentes parties de ce sol.

Le plus grand nombre des habitants exerce la profession de potier, ce qui les tient dans l'habitude d'avoir leurs maisons sans cheminées, à faire le feu dans le coin d'une chambre comme dans les huttes des sauvages, et à vivre continuellement dans une atmosphère de fumée. Les règles d'une sage hygiène sont, dit-on, assez souvent violées dans cette commune.

La panique qui s'empara de la population de Castandet et des populations voisines, aux premières atteintes de la maladie, avait quelque fondement; en effet, les trois premiers jours de la maladie on compta, dans cette seule commune de Castandet, une douzaine de morts. La mort dans ces cas là avait été prompte, rapide : dans douze heures ou même en moins de temps, quelques personnes avaient succombé.

Je vais esquisser rapidement le tableau des symptômes que les malades présentaient au premier coup d'œil à l'observateur : je reviendrai ensuite sur les symptômes caractéristiques pour les décrire dans leurs variétés et dans leurs transformations. Je dois faire observer avant tout, qu'appelé seulement sur la fin du troisième jour depuis l'invasion de la maladie, je n'ai pas eu l'occasion de visiter une seule des personnes qui ont succombé à l'épidémie.

Tous se plaignaient de céphalalgie et de brisement dans les membres; *tous* étaient couverts d'une sueur plus ou moins abondante; *tous* avaient un pouls fréquent et plein ; *tous* ressentaient une constriction *précordiale* qui donnait lieu à une anxiété des plus pénibles ; rarement cette constriction avait son siége à *l'épigastre*, contrairement à ce qui a été noté par un grand nombre d'observateurs : *tous* éprouvaient une soif modérée ; la langue était humide, rosée, naturelle. Chez un *grand nombre*, une éruption très variable dans son invasion, dans sa forme, dans sa marche, dans sa durée, dans son intensité, dans sa terminaison, se montrait à la face, au cou, sur la poitrine, à la partie interne des bras et des cuisses, etc.

Je viens d'énumérer les symptômes que je pourrais appeler *constituans* de la maladie, et qui ne me permirent pas de douter un seul instant que j'étais en présence d'une épidémie de *suette miliaire*.

Je vais maintenant retracer ce que j'appelle les symptômes accessoires.

Le plus souvent le mal attaquait subitement sans signe précurseur, quelquefois avec un frisson, ordinairement la nuit ou dans la deuxième partie jour du jour.

Les deux âges extrêmes, enfance et vieillesse, ont été à l'abri des atteintes de l'épidémie. Il y a eu peu de cas dans la première jeunesse ; presque tous les malades étaient âgés de 25 à 50 ans.

Les femmes comptaient parmi les malades dans une proportion énorme, les 7/10es environ ; la durée de la maladie a varié de quatre, huit ou neuf jours, suivant que les malades présentaient ou ne présentaient pas d'éruption. Le maximum d'intensité dans l'épidémie s'est révélé dès le premier moment de l'invasion ; car il n'y a eu de mort que le premier, le deuxième et le troisième jours ; et cependant, à partir du quatrième jour, la maladie ne sévissait plus, ou choisissait isolément une victime dans un quartier, une autre dans un autre, mais bien en se généralisant et en faisant des malades dans presque toutes les maisons. Le qua-

trième jour, on comptait au moins cent cinquante malades sur une population de mille à douze cents âmes.

L'épidémie a encore présenté cette circonstance qu'elle n'a point franchi les limites de la commune de Castandet, à l'exception d'une douzaine de personnes qui ont été atteintes dans la commune de *Maurrin*, contiguë à la première.

L'épidémie n'a point frappé dans son ensemble la commune qu'elle avait choisie pour en faire le théâtre de ses ravages; mais elle l'a envahie en suivant une marche bien régulière du levant au couchant; de plus, elle a passé pour ainsi dire comme une trombe; à peine y avait-il quinze jours qu'elle avait apparu, et tout était terminé.

Je reviens sur les symptômes caractéristiques de l'épidémie.

La sueur. Elle était constante; elle commençait toujours en même temps que la maladie, c'est-à-dire avec la fièvre; et même, malgré les circonstances qui auraient dû empêcher son apparition, comme on le verra dans une des observations qui suivent. Chez quelques-uns, ce n'était qu'une forte transpiration, insuffisante à mouiller les linges et le lit, mais conservant le corps comme dans une atmosphère humide; c'étaient les cas les plus bénins. Chez le plus grand nombre, la sueur était très abondante, mais elle ne mouillait que le linge du corps. Chez un petit nombre, enfin, on eût dit qu'une nappe d'eau avait été jetée sur les malades, à tel point que le lit était mouillé dans toutes ses parties; c'étaient là les cas vraiment graves.

Chez tous, la *sueur avait une odeur assez prononcée*, mais indéfinissable. Plus la sueur était abondante, plus l'odeur était forte.

L'*éruption*, qui n'était pas constante comme la sueur, a été très variable : on peut établir d'une matière générale qu'elle était proportionnée à la sueur; nulle lorsque la sueur était peu abondante, elle était intense lorsque la sueur elle-même était considérable. J'ai vu un *seul* cas d'éruption confluente sans une excessive sueur; c'était chez une femme enceinte.

Quelquefois l'éruption se montrait en même temps qu'apparaissaient les premiers symptômes de la maladie. D'autres fois c'était le deuxième, le troisième jour; jamais après le cinquième; chez quelques-uns elle avortait et mourait en naissant.

Chez un grand nombre, c'étaient des plaques rouges assez semblables aux plaques de la rougeole, présentant le plus souvent un point acuminé à leur centre.

D'autres fois ces plaques n'existaient pas, et alors l'éruption se présentait sous forme de petites vésicules du volume d'un

grain de millet. Ces vésicules étaient blanchâtres, opaques, quelquefois d'un aspect purulent, à tel point que quelques personnes désignaient cette maladie sous le nom de *picote blanche*. Ces vésicules étaient disséminées de distance en distance sur le cou, la poitrine, la partie interne des bras, des cuisses et des jambes. Quatre ou cinq jours après leur éruption, ces vésicules perdaient leur blanc nacré, s'affaissaient, se séchaient, et au moindre frottement se détachaient sous forme de petites et minces pellicules. C'était la période de desquammation : cette période a complétement manqué dans un grand nombre de cas ; c'était lorsque l'éruption se présentait sous la forme de plaques rouges.

Je crois devoir rapporter ici trois observations qui résument, à elles seules, à peu près toutes les variétés de l'épidémie.

Obs. I.—Une femme de 38 ans, ressent un léger frisson dans la région lombaire. Ce frisson, qui ne dure que quelques minutes, est suivi d'une violente céphalalgie et de douleurs dans les jambes, en même temps tout le corps se couvre de sueur. Je la vois sur la fin du deuxième jour, après l'invasion de la maladie ; je trouve la face fortement colorée. Le pouls est plein, dur et fréquent (118 pulsations). Le corps est couvert d'une sueur abondante, les urines sont rares, la soif peu fatigante ; la langue est humide, rosée, naturelle ; la malade se plaint de grandes douleurs dans les jambes ; une constriction pénible, douloureuse est ressentie dans la région précordiale. Cette femme est en proie à une inquiétude vague. Plusieurs couvertures maintenues avec soin sur elle, mettaient son corps à l'abri de tout contact avec l'air extérieur ; la chambre était hermétiquement fermée, et en même temps remplie de visiteurs. Mon premier soin fut de renouveler l'air de la chambre, de faire sortir les personnes qui n'étaient pas nécessaires pour les soins à donner à la malade ; j'enlevai une partie des couvertures, dont le poids devait être excessivement fatigant.

Je pratiquai une saignée de 500 grammes ; je prescrivis la diète et la tisane de tilleul presque froide. Après la saignée, la malade eut une syncope qui dura quelques minutes ; mais revenue à elle, elle éprouva un bien-être indicible. La sueur continua, mais avec modération. Le lendemain, c'est-à-dire le troisième jour de la maladie, quelques plaques rouges, à distance les unes des autres, apparurent sur le cou, les bras et les jambes. Le pouls était moins fréquent et plus souple : diète et tisane de tilleul.

Le quatrième et le cinquième jours, même état.

Le sixième jour, la sueur est moindre ; les plaques rouges pâlissent.

Le septième jour, il n'y a plus de sueur, il n'y a plus de fréquence dans le pouls, et c'est à peine si l'on découvre la place qu'occupaient les plaques.

Obs. II. — Une femme de 24 ans, d'un tempérament sanguin, et d'une brillante santé, était occupée à laver le linge d'une lessive. Ce travail, peu pénible en soi, exige dans ce pays que les laveuses aient les pieds et une partie des jambes dans l'eau. Tout à coup, vers les trois heures de l'après-midi, cette femme est prise d'un violent mal de tête et de fatigue dans les jambes : elle se sent en moiteur, quoiqu'elle soit dans l'eau froide ; elle quitte promptement son ouvrage et va se mettre dans son lit. Aussitôt la moiteur se convertit en sueur : le pouls est fréquent et dur ; à sept heures du soir elle est saignée. Amélioration, sueur moindre. Dans la nuit, comme le mal de tête continuait avec une grande violence, elle est saignée de nouveau.

Le troisième jour, il n'y a plus eu ni fièvre, ni sueur : cette femme est guérie, il n'y a pas eu d'éruption.

Obs. III.—Une femme de 40 ans, d'un tempérament bilieux, était allée à pied au marché, à une distance de 12 kilomètres, et chargée pendant la route d'un fardeau assez lourd. Vers deux heures de l'après-midi, elle se sent fatiguée, elle croit avoir la fièvre, elle reprend le chemin de la maison. A peine arrivée chez elle, elle se met dans son lit; alors une sueur abondante se déclare. Appelé auprès d'elle vers neuf heures du soir, je la trouve se plaignant, par des mots entrecoupés, de la tête et des jambes ; le pouls est dur et fréquent, la soif modérée, tout le corps est baigné d'une abondante sueur, d'une odeur indéfinissable, mais nauséabonde ; elle est oppressée. La constriction qu'elle éprouve dans la région du cœur l'empêche presque de respirer ; à peine peut-elle répondre aux courtes questions que je lui adresse : elle est comme la malade de la première observation, sous une impression vague, pénible et ayant pour cause quelque chose autre que la souffrance ; elle semble tourmentée par quelque chose qui l'effraie. Ce symptôme que je viens de noter a été très rare : il ne s'est retrouvé que dans les cas les plus graves.

Une éruption de vésicules blanchâtres, nombreuses, confluentes en quelques endroits, se fait remarquer sur le cou et les différentes parties du corps.

Une saignée d'une livre environ est pratiquée ; une amélioration se fait instantanément remarquer. La malade est calme. Mais quelques heures après, c'est-à-dire vers la fin de la nuit, le bien-être produit par la saignée disparaît pour faire place à quelque chose d'aussi pénible que ce qui existait dans les premières heures

de la maladie. Une nouvelle saignée est pratiquée; l'amélioration se reproduit de nouveau pour ne plus cesser. La sueur devient moindre, le pouls est plus souple ; tisane de tilleul presque froide, une partie des couvertures est enlevée ; l'air de la chambre fréquemment renouvelé.

Les deuxième, troisième et quatrième jours, même état, même prescription.

Le cinquième jour les vésicules s'affaissent.

Le septième jour quelques-unes semblent sécher. Le neuvième jour, il n'y a plus de fièvre. Le dixième le moindre frottement fait détacher de la peau de minces pellicules.

Ce n'est pas sans intention que je n'ai encore rien dit du traitement qui a été mis en usage dans l'épidémie de Castandet. Je voulais , avant d'en parler, présenter les trois observations qui précèdent. Dans ces trois observations, en effet, on voit que la saignée seule au début a été employée, et il en a été ainsi chez presque tous les malades, à l'exception pourtant de ceux qui ont succombé les trois premiers jours. Ces malades n'ont pas été saignés; on s'est contenté de chercher à favoriser et à augmenter la sueur.

Je dois dire, pour être exact dans mon récit, qu'on a suppléé à la saignée par une application de sangsues à l'épigastre. On a aussi ajouté, pour quelques-uns, à la tisane de tilleul une potion antispasmodique. Comme presque chez aucun malade, les voies digestives n'ont rien présenté d'anormal, on ne s'en est pas occupé. Quelques lavements seulement ont été administrés chez quelques malades.

Sans avoir l'intention de comparer les divers traitements qui ont été mis en usage dans les différentes épidémies de suette dont nous avons l'histoire, je dirai que je ne pense pas que cette maladie puisse se guérir ou être modifiée avantageusement par le sulfate de quinine, quoi qu'en ait dit M. Robert.

Si le sulfate de quinine a été donné avec succès durant le cours d'une épidémie de suette , c'est que l'on rencontrait des cas de fièvre intermittente ou remittente, comme j'ai pu m'en convaincre moi-même chez quelques-uns de mes malades. Sans doute la fièvre, sans être la suette, prenait dans ces cas là quelques allures de l'épidémie régnante; mais qui ne sait que dans le cours d'une épidémie les maladies les plus dissemblables reçoivent certaines modifications qui les ramènent le plus souvent, sinon à une identité de nature, du moins à une identité de forme. La voix imposante de Boerhaave et de Sydenham, et avant eux celle d'Hippocrate, a mis depuis longtemps cette vérité hors de doute.

D'ailleurs, lorsque le sulfate de quinine a été employé dans les épidémies de suette, il ne réussissait qu'exceptionnellement, au dire même de MM. Robert et Barrot qui le préconisent. C'en est assez pour conclure que la suette, lorsqu'elle est entièrement dégagée du génie intermittent, n'est ni modifiée, ni guérie par ce médicament.

Il n'en est pas ainsi de la saignée au début, comme je l'ai employée à Castandet. La saignée au début a eu un succès complet, permanent. Il n'est pas mort un seul des malades chez lesquels la saignée au début a été mise en usage. Qu'on remarque bien que je dis la *saignée au début.*

La suette est-elle une maladie *sui generis* ou bien ne faudrait-il la considérer, selon l'opinion de M. Chomel, que comme un épiphénomène sans doute d'une autre maladie ?

Quelque imposante que soit l'autorité de M. Chomel, pour tout médecin qui a eu l'occasion de l'observer, la suette ne sera pas seulement un épiphénomène, mais bien une maladie *sui generis,* avec tous ses symptômes constituants, avec tous ses caractères distinctifs, une maladie, en un mot, ayant son mode d'invasion, sa marche, sa durée, qui lui sont propres, et même sa terminaison bien tranchée et bien caractérisée ; tout lui appartient, jusqu'à sa manière de se manifester, la *forme épidémique.*

Du reste, pour anéantir l'opinion de M. Chomel, il suffira de poser la question suivante :

Si la suette n'est qu'un épiphénomène, est-ce en compagnie d'une maladie grave ou d'une maladie légère qu'elle se montre ?... Si la maladie dont la suette n'est qu'un accident est grave, comment se fait-il que les symptômes de cette grave maladie soient si peu apparents, qu'ils échappent au meilleur observateur ? Car je défie qui que ce soit d'avoir reconnu chez les malades de Castandet, c'est-à-dire chez deux ou trois cents personnes malades à la fois, des symptômes différents de ceux que j'ai décrits, symptômes qui ne constituent aucune maladie du cadre nosologique, si ce n'est une maladie *sui generis*, admise sous le nom de suette miliaire. Eh quoi ! une maladie règne, cette maladie sévit avec violence ; plusieurs médecins suivent attentivement sa marche, ses progrès, sa terminaison ; tous voient les épiphénomènes, et aucun ne voit les symptômes de la maladie principale ! Ceci est incompréhensible.

Si la maladie principale, au contraire, est légère, je demanderai comment une maladie légère peut présenter des symptômes si graves, comment l'accessoire est plus dangereux, plus important que le principal. Concluons donc que tout médecin, qui

aura eu l'occasion d'observer la suette, repoussera l'opinion de M. Chomel. La suette est véritablement une maladie *sui generis* qui doit conserver sa place dans le cadre nosologique.

Cette maladie se montre très rarement sporadique, mais presque constamment elle apparaît sous forme épidémique.

C'est ainsi qu'elle se montra pour la première fois en 1483 en Angleterre, où elle parut avoir établi son domicile ; car elle y sévit jusqu'en l'année 1518, à différentes époques et toujours d'une manière très meurtrière, dépleupant les villes et les campagnes, n'épargnant ni âge, ni sexe, ni condition ; la maladie durait rarement plus de trois heures, au bout desquelles presque tous les malades succombaient. Sa persistance à ravager l'Angleterre, lui valut le nom de *suette des Anglais*.

Le traitement, dès le principe, consistait à exciter la sueur par tous les moyens imaginables. On raconte que les médecins furent conduits à suivre ce mode de traitement par ce qui arriva à un paysan anglais qui, atteint de la suette, et effrayé de voir périr tous les malades qui suivaient un traitement régulier, se jeta dans un four d'où l'on venait de retirer le pain. La sueur fut prodigieuse : il sortit de là extrêmement faible, mais guéri. Ce qui me ferait douter de l'authenticité du fait, c'est que l'auteur qui le rapporte ajoute que les pains que l'on fit cuire ensuite dans ce four furent si venimeux, que ceux qui en mangèrent moururent enragés.

Vers l'année 1520, elle franchit les limites des Iles-Britanniques, et porta ses ravages dans les autres parties de l'Europe, et principalement dans les parties septentrionales.

En 1775, elle parut en France et ravagea la Picardie. Elle fut traitée avec succès par les saignées, et l'on se garda bien de provoquer les sueurs ; on ne chercha pas non plus à les arrêter. Elle s'est montrée depuis, à différentes époques, en France et dans différentes contrées.

En 1821, M. Rayer l'a observée dans le département de l'Oise et de Seine-et-Oise.

En 1832, en même temps que le choléra sévissait à Paris et dans plusieurs départements de la France, la suette se montrait encore dans le département de Seine-et-Oise. Cette réapparition de la suette dans le même département, à un intervalle de onze ans, me donne lieu de faire remarquer qu'elle a une tendance à se reproduire de temps en temps dans les lieux qu'elle a déjà visités.

M. Bazin observa durant cette même année de 1832, dans

les environs de Montmorency ; et comme elle était très meurtrière, il lui donna le nom de *choléra par la peau.*

En 1834, elle parut dans le département de la Haute-Garonne.

En 1839, MM. Guéneau de Mussy et Laudouzy l'observèrent dans le département de Seine-et-Marne.

Enfin, en 1849, elle s'est montrée sur divers points de la France, coïncidant souvent avec l'apparition du choléra, comme cela eut lieu en 1832.

Cette coïncidence a donné l'idée d'étudier les rapports de ces deux maladies entr'elles, et l'influence de l'une sur l'autre. Cette étude n'a, jusqu'à ce jour, fait connaître rien de précis. Cependant, la plus grande partie des observations faites, présente la suette comme un heureux antagoniste, lorsquelle coïncide avec le choléra.

Nous devons signaler ici un fait fort remarquable ; c'est qu'en général la suette ne choisit pas, pour y sévir, les grands centres de population. C'est ainsi, je crois, qu'on ne l'a jamais observée à Paris, quoiqu'elle se soit montrée plusieurs fois dans les départements voisins, ou même dans les environs de cette ville.

— Lorsqu'on parle d'une épidémie quelconque, il est une question immense en soi, importante en réalité, mais malheureusement trop souvent stérile en résultats avantageux, que l'on aime à se poser. Je veux parler de la cause. Aussitôt qu'une épidémie se manifeste dans quelque lieu, l'esprit curieux et observateur du médecin se hâte, dès que les symptômes constituants de la maladie lui sont connus, de se reporter aux premiers moments de son apparition ; et alors scrutant les lieux et les airs, et interrogeant, par une analyse savante et minutieuse, tout ce qui l'entoure, il cherche à découvrir les éléments de la maladie. Mais presque toujours accablé sous le poids de son impuissance, il est obligé de se replier en lui-même, humilié du néant de ses recherches et de l'aveu tacite qu'il est obligé de se faire, qu'il est dans la science des limites au-delà desquelles il n'y a plus pour lui que ténèbres et obscurité profonde.

Heureux encore, mille fois heureux, si, malgré cette ignorance de la cause, l'analogie ou même le hasard lui ont fait découvrir un agent thérapeutique qui conjure cette épidémie et l'arrête dans son développement et dans ses ravages.

Faut-il donc, pénétré de cette pensée qu'il est des bornes à l'esprit humain, faut-il, dis-je, renoncer pour toujours à acquérir quelques connaissances des causes?.... Je ne le pense point.

Je voudrais cependant qu'on fît une distinction dans la re-

cherche des causes entre les épidémies générales, telles que le choléra dans sa première et sa deuxième apparition, la peste noire qui désola l'univers sur la fin du XIVe siècle, et les épidémies locales, c'est-à-dire bornées à un rayon, telles que la peste, la fièvre jaune, la suette, les fièvres miasmatiques, lorsqu'elles prennent la forme épidémique. Quant aux premières, il me paraît fort difficile d'admettre une cause ayant son point de départ dans un lieu déterminé du globe, et voyageant après avoir sévi avec violence sur les contrées qui lui ont servi de berceau pour porter la dévastation dans toutes les contrées de la terre. Eh quoi ! le choléra sorti du limon fangeux du Gange, comme l'ont prétendu quelques-uns, aurait toujours eu la même cause, c'est-à-dire les miasmes délétères de ce fleuve, lorsqu'il sévissait en Pologne, en France, en Angleterre, en Italie, et parmi les peuplades sauvages de l'Amérique, dix ou quinze ans après son apparition dans l'Inde. Ces miasmes avaient voyagé lentement pendant des années entières, en distillant un affreux poison qui donnait la mort aussitôt qu'il était absorbé, sans rien perdre de leur fatale influence en se disséminant, ou sans se neutraliser par les savantes combinaisons de la chimie naturelle ! Cela ne se comprend point, cela est entièrement inadmissible.

Disons donc que pour les épidémies générales, il faut des causes générales qui agissent sur toute l'espèce humaine à peu près simultanément, et qui n'attendent, pour se manifester, que quelques circonstances favorables tout à fait dépendantes de telle ou telle condition de chaleur, d'électricité, d'humidité, de sécheresse, etc.

Aussi, au risque de me voir accusé de vouloir faire revivre certaines doctrines qui se sont perdues dans la poussière des siècles, je dirai que l'on ne doit rechercher que dans les influences sidérales les causes de ces grandes épidémies qui viennent de loin en loin parcourir en triomphe toutes les régions du globe terrestre, et répandre sur tous les lieux, par leur présence meurtrière, l'effroi, la désolation et la mort. Oui, sans doute, l'astrologie médicale, dans son application, fut une immense erreur et une grossière déception, mais à son point de départ, elle ne fut point un mensonge.

Pour les épidémies locales, il faut sans doute n'admettre que des causes locales; mais faut-il, suivant une aveugle routine, s'en prendre toujours, pour indiquer la cause d'une épidémie, à toutes les habitudes vicieuses de localité, ou à un manque de précautions hygiéniques de la part des habitants victimes de cette épidémie ? Mais, est-ce que les règles d'une sage hygiène étaient

mieux observées un an, deux ans, dix ans auparavant? Est-ce que les rues de cette ville, en proie au fléau, n'étaient pas sales, humides, étroites, sans air et peu accessibles aux rayons du soleil avant l'épidémie comme elles le sont pendant l'épidémie? Pourquoi ces habitudes locales, que l'on assigne comme causes de l'épidémie, n'ont-elles pas produit de temps à autre, ou même d'une manière constante, le même effet, c'est-à-dire la maladie que l'on n'avait jamais vue dans la localité, et que l'on n'y reverra peut-être jamais plus.

Pour les habitants de Castandet par exemple, y a-t-il eu subitement un dérangement dans leurs habitudes pour expliquer l'épidémie de suette qui les a frappés? Leurs habitations, leur industrie, leur nourriture, le sol qu'ils cultivent, leurs vêtements ne sont-ils pas aujourd'hui ce qu'ils étaient il y a vingt, trente, cinquante ans? Ne seront-ils pas à peu près, dans dix, vingt ans ce qu'ils sont aujourd'hui!... Qu'on me dise donc pourquoi, au milieu de toutes ces circonstances qui n'ont été ni changées ni modifiées par eux, les habitants de Castandet ont vu éclater, avec une intensité remarquable, une maladie dont ils ignoraient le nom, maladie qui n'avait jamais paru autour d'eux, mais seulement dans des contrées éloignées.

Il n'est donc que trop vrai que la science reste souvent muette, lorsqu'on lui demande les causes des épidémies, même locales.

Pour les épidémies générales, courbons la tête sous une puissance devant laquelle toutes les forces humaines réunies sont fatalement impuissantes! Courbons la tête, dis-je; mais si l'occasion se présente, multiplions nos efforts pour consoler du moins, lorsque nous ne pouvons pas guérir.

Quant aux épidémies locales, convenons que si la science a peu fait jusqu'à ce jour elle peut beaucoup. Que l'hygiène répande sur les populations ses précieux enseignements, qu'elle subjugue et déracine de vieux et pernicieux préjugés..., qu'elle éclaire les aveugles, qu'elle force à jouir du bénéfice de la lumière ceux qui ne voudraient point la voir; que les comités d'hygiène et de salubrité publique, précieuse institution, redoublent d'énergie et d'activité : c'est à eux qu'incombe le soin de faire les recherches utiles et peut-être le bonheur de découvrir et d'annihiler les causes de bien des épidémies locales.

Qu'il me soit permis, en finissant, de rappeler deux faits éclatants qui nous montrent la science et l'administration marchant d'un commun accord et s'aidant mutuellement pour rechercher et détruire les causes d'épidémies meurtrières.

La ville d'Agrigente, patrie d'Empédocle, était tous les ans

décimée par une épidémie toujours la même et dont rien ne pouvait arrêter les ravages. Cette persistance de la maladie à se produire toujours avec les mêmes caractères et toujours dans le même lieu, donna l'idée à Empédocle qu'elle était due à des miasmes qu'un vent du sud ramassait sur de vastes marais voisins et qu'il disséminait ensuite sur la ville d'Agrigente en les poussant par des ouvertures de certaines montagnes qui séparaient au sud la ville de ces marais. Le médecin philosophe donna le conseil de fermer ces ouvertures par d'immenses plantations d'arbres : le conseil fut suivi et l'épidémie ne reparut plus.

Une province de Sicile était empoisonnée par l'odeur infecte que répandaient de vastes terrains qui étaient constamment couverts d'une eau croupissante : par le conseil du même Empédocle, des canaux furent creusés au moyen desquels deux rivières furent amenées sur ces lieux infects, entraînèrent ces eaux stagnantes dans leur lit et convertirent ce sol humideet infect en un terrain sain et fertile.

THÉRAPEUTIQUE.

2. *Note sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari, pharmacien à Rome* ; par M. le professeur C. Sédillot.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 7, juillet 1851.)

La découverte d'une liqueur hémostatique propre à suspendre les hémorrhagies capillaires, veineuses et même artérielles, dans un grand nombre de circonstances où la ligature des vaisseaux blessés est impossible ou très grave, serait pour la chirurgie un bienfait comparable à la magnifique conquête des anesthésiques.

Si la simple application d'une eau hémostatique pouvait provoquer la formation d'un caillot oblitérateur et susprendre l'écoulement du sang, on éviterait une foule d'inconvénients et de dangers que la pratique nous révèle chaque jour, tels que la recherche du vaisseau dans une plaie ancienne, le tamponnement des blessures, l'irritation, la rétention du pus, la gangrène dont une compression soutenue est souvent la cause, la ligature de gros troncs artériels ou veineux, des phlébites déterminées par des manœuvres directes, et des pyoémies auxquelles prédisposent les hémorrhagies secondaires.

Malgré tant d'avantages, l'histoire montre l'extrême difficulté d'une si belle et heureuse invention.

Homère, dont la parole fait loi pour toutes les connaissances de son époque, signale, parmi les moyens de traitement des blessures, l'extraction des corps vulnérants, la réunion des plaies, la vertu calmante des sucs de plantes, dont le contact suspend la douleur, mais il se borne à signaler *une seule fois* la cessation spontanée de l'écoulement du sang d'une blessure (1), et dans un autre passage il semble attribuer à l'influence de certaines paroles l'arrêt d'une hémorrhagie. (2)

Celse (3) nous a laissé une liste assez longue de substances hémostatiques, dont les plus actives étaient très fortement astringentes ou même caustiques, et beaucoup d'entre elles étaient solides ou pulvérulentes.

Nous voyons jusqu'à A. Paré et même cent ans plus tard, les plaies vasculaires cautérisées avec l'huile bouillante et le fer rouge, tandis que l'on dédaignait complétement les liquides antihémorrhagiques.

De nos jours, la chirurgie française a fait d'immenses efforts pour déposséder la ligature et arriver à l'adoption de procédés plus sûrs contre les hémorrhagies, mais ces tentatives ont été vaines et le problème n'a pas été résolu.

Nous avons particulièrement opposé une sorte de parti pris d'incrédulité à tous les essais et présentations de liqueurs hémostatiques, et les motifs de cette réserve ont été trop bien exposés par notre savant collègue, M. le professeur Velpeau, pour que je ne saisisse pas l'occasion de les rappeler.

(1) « A peine le vaillant fils de Ménœtius eut-il parlé, que prenant Eurypite « dans ses bras, il le porte dans sa tente. Un officier étend sur la terre des peaux « de bœufs, sur lesquelles Patrocle couche le guerrier blessé. Il dilate avec un « instrument tranchant la plaie pour en retirer la flèche, lave la partie avec « de l'eau tiède et détache le sang noirâtre dont elle était couverte. Il y ap- « plique ensuite une racine amère et calmante qu'il avait broyée entre ses « mains ; à l'instant toutes les douleurs se dissipent. La plaie se sèche et le « sang cesse de couler » (*Iliade*, liv. XI, v. 837).

(2) « Ulysse est blessé au genou. Les fils d'Autolycus bandent la plaie et « profèrent certaines paroles. Le sang s'arrête aussitôt. » (*Odyssée*, liv. XIX, v. 457).

(3) Les médicaments auxquels *Celse* attribuait la propriété d'arrêter le sang (*Celse*, liv. V, cap. I) étaient : « Le vitriol que les Grecs appelaient calchante, « le chalcitis, l'acacia, le lycium trempé dans l'eau, l'encens, l'aloès, le plomb « brûlé, le poireau, la renouée, la terre cimolée ou la terre à potier, le misy, « l'eau froide, le vin, le vinaigre, l'alun, l'écaille de fer ou de cuivre ; celle-ci « était de deux espèces, savoir : l'écaille de cuivre simple et celle de cuivre « rouge » (*Dujardin*, *Hist. de la chir.*, t. I, liv. IV, p. 368. Paris 1774).

M. Bonjean, de Chambéry, avait adressé à l'Académie des sciences diverses communications très intéressantes sur l'action de l'ergotine dans les blessures artérielles ; voici les observations de M. Velpeau à ce sujet :

« Ce que M. Bonjean dit de l'ergotine a été dit par une infi-
« nité d'autres personnes, de substances fort différentes. Les
« moyens hémostatiques véritablement efficaces n'en sont pas
« moins très rares aujourd'hui, comme jadis, dans la pratique.
« L'erreur tient à ce que les auteurs oublient volontiers deux
« choses dans leurs expériences :

« 1° Chez les animaux la plasticité du sang est beaucoup plus
« grande que chez l'homme, d'où il suit que ce qui réussit à
« mettre un terme aux hémorrhagies artérielles chez les uns,
« peut très bien échouer chez l'autre.

« Tous ceux qui ont fait des expériences sur les animaux
« savent que chez le cheval, le bœuf, le mouton, par exemple,
« les plaies des plus grosses artères ne donnent que rarement lieu
« à des hémorrhagies mortelles. Le sang, en pareil cas, s'arrêtant
« presque toujours de lui-même au bout d'un certain temps,
« laisse croire au public et aux auteurs inexpérimentés que c'est
« le *moyen*, le *remède* expérimenté qui ferme l'artère. Aussi
« que de poudres, que d'eau, que de liquides, que d'arcanes de
« toutes sortes vantés d'abord comme infaillibles, qui ont dû
« être rejetés comme inutiles après un examen sérieux.

« 2° Chez l'homme, beaucoup d'hémorrhagies artérielles ces-
« sent aussi, soit spontanément, soit sous l'influence d'une sim-
« ple compression, sans que, en un mot, on soit obligé d'en
« venir à la ligature du vaisseau ou des vaisseaux blessés, en
« sorte qu'il est facile d'attribuer à la substance prétendue hé-
« mostatique mise en usage un résultat qui en est peut-être
« indépendant.

« Je n'ai aucune envie, aucune raison de révoquer en doute
« la valeur des faits invoqués par M. Bonjean ; mais la pratique
« a été si souvent trompée par des annonces semblables qu'il
« convient à l'Académie de ne les accepter qu'avec réserve.

« La question des hémostatiques est à la fois très complexe
« et très délicate. Il importe donc de n'accueillir qu'avec une
« certaine défiance les faits qui la concernent, et de ne donner
« à ces faits qu'une publicité fort restreinte, tant qu'ils n'ont
« pas été contrôlés avec toute la maturité désirable » (*Bulletin de l'Académie des sciences*, p. 54, 1846, 2e semestre).

Cette opinion du savant académicien est celle de la France

chirurgicale, où l'on ose à peine produire les faits susceptibles de l'infirmer.

Il est impossible en effet q'une liqueur hémostatique quelconque arrête seule une hémorrhagie. Il faut qu'elle soit maintenue en contact avec les tissus pour exercer une action coagulante sur le sang, et si le jet de ce liquide entraîne au dehors la liqueur, il est de toute évidence qu'aucun résultat ne sera produit.

Dès lors, l'arrêt momentané du cours du sang par une compression mécanique plus ou moins forte est indispensable; une éponge, un linge, un tampon de charpie imbibés de la liqueur hémostatique servent l'appliquer sur la plaie, et l'on est disposé à attribuer à la compression seule ou à la cessation spontanée de l'hémorrhagie le succès du procédé. L'eau hémostatique semble donc, dans ce cas, jouer le rôle des formules des anciens temps pour l'extraction des corps étrangers, où l'on ne comptait pour rien la main ni les instruments de l'homme de l'art. Aussi m'est-il arrivé nombre de fois, je l'avoue, de sourire au récit d'hémorrhagies merveilleusement arrêtées par l'emploi de liqueurs hémostatiques, et il m'a fallu des circonstances toutes spéciales pour me conduire d'abord au doute et plus tard à la conviction de l'efficacité possible de ces sortes de préparations.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de signaler l'opposition qui s'est manifestée publiquement dans diverses parties de l'Europe, sourdement en France, contre cette incrédulité. En Allemagne, en Italie on s'est occupé avec ardeur de la question des hémostatiques, et les liqueurs de Schulz, de Nebjubin, de Brocchieri, de Monterosi de Naples, de Bonjean de Chambéry, de Binelli, de Pagliari de Rome, ont été l'objet d'une attention soutenue. En France, les masses sont assez disposées à ajouter foi à l'action des eaux hémostatiques ; l'eau rouge (teinture vulnéraire rouge) jouit en Alsace d'un assez grand crédit, et beaucoup de médecins avouent volontiers, mais confidentiellement, les heureux résultats de telle ou telle de ces liqueurs.

Plusieurs de mes confrères, MM. Flamant et Tavernier, à Sélestat, MM. Kaula et Rueff, à Strasbourg, etc., m'ont assuré avoir obtenu des succès de l'emploi de diverses eaux hémostatiques, et MM. Pétrequin et Bonnet, à Lyon, ont eu recours à l'ergotine avec avantage (voy. *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*, 25 octobre 1845, et *Gazette médicale de Paris*, p. 840, année 1849). M. Bonjean cite plusieurs exemples semblables qu'il serait aisé de multiplier.

L'erreur consiste-t-elle dans le rejet ou l'adoption de pareils moyens. La question mérite d'être soulevée, et j'ai cru devoir pu-

blier les faits assez nombreux dont j'ai été témoin dans des circonstances où j'apportais des préventions plutôt contraires que favorables au liquide expérimenté.

M. le docteur Dussourt, médecin adjoint et ancien professeur d'hygiène et de médecine légale à l'hôpital militaire d'instruction de Strasboug, avait été détaché pendant quelques mois de l'année dernière (1850) à l'armée d'Italie. Revenu après l'épidémie, dont la cessation fut particulièrement due aux judicieuses mesures prises par notre honorable inspecteur, M. le docteur Alquié, M. Dussourt me rapporta un flacon d'une eau hémostatique préparée par M. Pagliari, pharmacien à Rome, et il m'engagea à essayer cette liqueur, dont les médecins romains lui avaient vanté l'efficacité.

Mal disposé, comme tous les chirurgiens français de notre époque, à croire aux vertus d'aucune eau hémostatique, je mis peu d'empressement à expérimenter ce nouveau moyen, et le flacon resta plusieurs mois chez moi, sans que je songeasse à m'en servir.

Voici à quelle occasion je m'y décidai :

Obs. I.—Un officier de dragons, M. L., en garnison à Huningue, fut atteint d'une plaie d'arme à feu le 24 janvier 1851, et envoyé à l'hôpital militaire de Strasbourg. Une balle de pistolet de calibre avait pénétré entre les têtes des troisième et quatrième métacarpiens de la main droite, avait réduit en plusieurs fragments la moitié carpienne du premier de ces os, fracturé avec éclatement et écrasements multipliés le grand os, le trapezoïde, une portion du trapèze, et s'était aplatie, en s'y incrustant, sur la première rangée du carpe. Dix-huit fragments osseux furent extraits, avant de pouvoir ébranler et amener au dehors le projectile ; je sciai le troisième métacarpien à deux travers de doigt de sa tête, et je tentai de conserver ainsi la totalité de la main, malgré la dénudation et l'attrition des tendons extenseurs des doigts médius et annulaire et la perte de la moitié d'un métacarpien et de plusieurs os du carpe.

Le malade chloroformé se réveilla fort satisfait d'une opération dont la durée avait été de près d'une heure, sans qu'il en eût conservé le moindre souvenir. Il fut traité par les irrigations froides, et n'éprouva, jusqu'au huitième jour, aucun accident. Ce jour-là, nous fûmes appelé à remédier à une hémorrhagie artérielle qui donnait une assez grande quantité de sang par l'unique plaie dorsale de la main, pratiquée pour procéder à l'extraction des esquilles et de la balle.

On avait inutilement employé le tamponnement et la compres-

sion des artères radiale et cubitale, et on avait été obligé de placer un tourniquet sur l'artère humérale.

Il me parut téméraire d'aller à la recherche du vaisseau lésé ; c'était s'exposer à produire de très graves désordres et à provoquer de nouvelles hémorrhagies. Le succès était en outre rendu fort incertain par la profondeur et l'étroitesse de la plaie. Lier les artères radiale et cubitale n'était pas un moyen sûr d'arrêter l'hémorrhagie, comme je l'ai démontré par une observation déjà publiée d'un malade auquel je dus lier l'artère brachiale. Cette opération, dont les chances me paraissent plus favorables encore depuis la méthode que j'ai adoptée, n'est cependant pas exempte de danger. Je songeai en cette difficile occurrence à l'eau hémostatique que j'avais en ma possession, et je crus l'occasion propice d'y avoir recours.

J'en imbibai un fragment d'éponge que j'introduisis dans la plaie, et je répétai à trois reprises la même manœuvre. Chaque fois le sang retiré avec l'éponge était plus noir, plus épais et moins abondant ; l'éponge était elle-même plus sèche et moins élastique, et à la troisième application, l'hémorrhagie parut arrêtée. Je laissai l'éponge dans la plaie pendant deux jours et, à partir de ce moment, la cure se continua sans accidents ; aucune hémorrhagie ne reparut, et après l'extraction, au bout de quatre mois, d'un petit fragment nécrosé de la surface sciée du métacarpien, la plaie dorsale de la main se rétrécit et se ferma, les mouvements de l'articulation radio-carpienne et des doigts commencèrent à se rétablir, et le malade eut la certitude de pouvoir reprendre son service et de continuer sa carrière militaire.

Ce fait, malgré la remarquable cessation de l'hémorrhagie, ne me frappa pas. J'avais comprimé heureusement un vaisseau ouvert et j'accordais peu de part dans ce résultat à la vertu hémostatique de l'eau Pagliari. Vingt fois j'avais obtenu de pareils succès et j'étais beaucoup plus disposé à croire à l'efficacité de la présence de l'éponge qu'à l'action de la liqueur dont je l'avais imbibée. Il y avait là cependant une coïncidence que je me promis d'examiner, et l'inutilité du tamponnement déjà essayé me frappait sans me convaincre.

Obs. II et III. — Nicolas Baur, premier hussard, au 4e régiment, me fut adressé par le chirurgien de ce corps, M. le docteur Bouton, pour une énorme tumeur encéphaloïde, occupant le maxillaire supérieur droit et faisant saillie dans les cavités buccale, orbitaire, nasale, et les fosses zygomatique et temporo-maxillaire.

Le malade, âgé de quarante ans, était d'un caractère énergique et d'une constitution assez robuste.

L'opération fut fait le 13 mars 1851, en ma présence, par mon chirurgien-major, M. le docteur Bertherand, d'après le procédé de M. Gensoul. Les os maxillaire supérieur, malaire, onguis et palatin furent enlevés, et le malade, rendu complétement insensible par l'action du chloroforme, ne revint à lui qu'après l'application des sutures et du pansement.

Aucun accident ne survint pendant les douze premiers jours ; mais le 25 mars, une hémorrhagie se déclara pendant la nuit, et je fus appelé à la combattre, après d'infructueuses tentatives faites par M. le chirurgien de garde pour s'en rendre maître.

Le sang coulait abondamment par la bouche et la remplissait de caillots. Le malade était très faible, avait de fréquentes défaillances, et je crus un moment qu'il venait d'expirer dans mes bras. J'avais porté immédiatement le doigt au fond de la plaie, sur le tronc de l'artère palatine supérieure. L'hémorrhagie s'arrêta ; mais le sang recommençait à couler dès que je retirais le doigt.

Fallait-il me décider à lier l'arière carotide primitive ou la carotide externe, ce qui m'eût paru plus favorable ? Fallait-il porter un fer rouge dans l'arrière-bouche, et m'exposer à augmenter encore les accidents, si je ne tombais pas juste sur le vaisseau? Je me souvins en cette perplexité de mon eau hémostatique. Je l'envoyai chercher, et j'en imbibai un morceau d'éponge dont je me servis pour exercer la compression. Je changeai l'éponge deux fois de suite, pour porter une plus grande quantité de la liqueur sur le point d'où venait le sang et je chargeai deux aides de soutenir l'éponge en se succédant. L'hémorrhagie fut rapidement arrêtée. Le malade reprit peu à peu des forces et de l'espoir, et on le croyait sauvé, lorsque douze jours plus tard, c'est-à-dire vingt-quatre jours après l'opération, le même accident se renouvela. Cette fois le chirurgien de garde était prévenu, et fit immédiatement usage de l'eau hémostatique, laissée à sa disposition. Le sang cessa de couler et ne reparut plus. La guérison s'accomplit dès lors sans aucune complication, et le malade, très heureusement guéri, quitta l'hôpital dans le mois de mai, pour retourner à son corps y continuer son service.

L'heureuse cessation de ces deux hémorrhagies, se renouvelant à douze jours d'intervalle et menaçant de la manière la plus grave la vie du malade, nous parut un très beau succès, mais ne nous convainquit pas encore de l'eau Pagliari. La compression soutenue et bien faite de l'artère lésée expliquait très naturellement ce résultat, auquel la liqueur hémostatique pouvait n'avoir nullement contribué.

Notre curiosité était seulement éveillée et nous étions mieux disposé à recourir au même moyen dès que l'indication s'en offrirait. Voici comment nos doutes cessèrent devant une démonstration dont l'évidence nous parut complète :

Obs. IV. — Un jeune comte allemand, M. de M., était venu à Strasbourg se faire opérer de la staphyloraphie. Le voile du palais était congénitalement divisé jusqu'aux os palatins, mais ne manquait ni d'ampleur ni d'épaisseur.

L'opération s'offrait dans des conditions si favorables, que je voulus suivre le conseil de M. Roux, et voir si je réussirais aussi bien par son procédé que par le mien. Je l'essayai et j'échouai. Je dus donc revenir à l'application des règles que j'ai établies, et le 6 mai, je divisai de part en part les muscles élévateurs et abducteurs du voile, pour en annihiler les contractions, qui étaient très énergiques.

L'incision gauche donna un écoulement de sang assez abondant, qui cessa spontanément au bout de quelques minutes, comme dans mes opérations précédentes ; mais l'incision droite, faite sur des tissus irrités et vasculaires, amena une véritable hémorrhagie, que le grand air, des gargarismes froids et la compression faite avec le bout du doigt ou un petit morceau d'éponge ne parvinrent pas à suspendre. J'aurais pu sans doute tamponner la plaie avec un double fil passé au travers et soutenant en avant et en arrière un bourdonnet de charpie, comme dans le tamponnement des fosses nasales. Mais je préférai recourir auparavant à l'emploi de l'eau hémostatique, et en ayant imbibé un morceau d'éponge, je le portai au moyen de l'extrémité d'une pince à pansement sur l'ouverture antérieure de la plaie, qui seule donnait du sang.

Je vis alors distinctement ce liquide se concréter au devant de l'incision. De nouvelles applications de la liqueur achevèrent la formation d'un caillot résistant, dont j'enlevai par frottement toute la partie saillante, de manière à rétablir la régularité de la surface du voile, où l'on apercevait les bords longitudinaux et écartés de l'incision remplis par un coagulum noirâtre parfaitement sec.

Le malade, qui avait perdu quatre ou cinq cents grammes de sang, resta sept ou huit minutes dans cet état, mais ayant eu une quinte de toux assez violente, le caillot se détacha. L'hémorrhagie fut de nouveau combattue et cette fois définitivement arrêtée de la même manière, et comme l'éponge imbibée d'eau hémostatique adhérait rapidement par la coagulation du sang, j'entaillai une petite parcelle mince et allongée et je la laissai

fixée sur la plaie. Le lendemain seulement j'enlevai l'éponge, dont la présence n'avait nullement incommodé le malade, et la guérison se fit en peu de jours et sans aucun accident. Aujourd'hui, 20 juin 1851, M. de M. parle très distinctement et exprime avec la plus grande netteté et sans aucun nasonnement les mots français et allemands les plus difficiles que l'on prononce devant lui, en l'exerçant à les répéter.

Les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari ne pouvaient, dans ce cas, me laisser aucun doute. J'avais vu le sang se coaguler et former un caillot dur et adhérent aux bords de la plaie, l'hémorrhagie se suspendre et s'arrêter au fur et à mesure que le contact de la liqueur amenait de nouveaux dépôts fibrineux ; ma conviction était faite parce qu'il m'était impossible d'attribuer à aucune autre cause qu'à la liqueur employée ces remarquables résultats. Les parties voisines de la solution de continuité n'avaient pas changé de couleur et n'avaient offert aucune modification appréciable. Le malade n'avait ressenti aucune saveur pénible, ni éprouvé aucune sensation d'astriction. La cicatrisation se fit parfaitement et le succès fut complet. J'examinai plusieurs fois mes doigts, pour savoir si le contact de cette eau avait froncé ou crispé l'épiderme, coloré les ongles, etc., mais je n'y aperçus aucun changement. La seule particularité digne d'attention fut l'état de retrait et de durcissement des éponges, qui perdaient leur mollesse et leur élasticité.

Mon incrédulité à l'efficacité des eaux hémostatiques avait cessé, et j'étais vivement frappé des grands avantages d'une pareille découverte. J'en parlai à ma clinique et je saisis la première occasion qui se présenta de rendre mes élèves et plusieurs de mes confrères témoins des mêmes faits.

Obs. V. — Un jeune homme de vingt-un ans, Laurent Lublong, employé dans une fabrique de papeterie, eut les trois premiers doigts de la main droite pris et écrasés sous une machine destinée à hacher des chiffons. La deuxième phalange du pouce, les deux dernières phalanges de l'indicateur et les trois phalanges du médius avaient été broyées et en partie enlevées.

Je pratiquai, le 13 mai, l'amputation de la tête du troisième métacarpien, en présence des élèves de la clinique et de MM. les docteurs Wieger et Michel, agrégés de la faculté, Thinus, chirurgien-major du 12e régiment d'artillerie, Bolu, Lenoir et Fourquet, médecins et chirurgiens de l'hôpital militaire, Kaula, médecin à Strasbourg, G. Gros, médecin français établi à Moscou, etc.

Le sang s'écoula en grande abondance et avec force par les

deux branches collatérales de l'arcade palmaire superficielle et par quelques ramuscules de l'arcade palmaire profonde (radiale), développés par l'état traumatique préexistant.

Je plaçai dans la plaie une éponge imbibée de l'eau hémosattique de Pagliari, je l'y exprimai, ainsi qu'une seconde et une troisième, que j'y maintins quelques moments. Je l'enlevai alors, ot l'on constata la cessation complète de tout écoulement de sang. Toutefois, par précaution, je remis l'éponge sur la plaie, sans aucun appareil de contention.

L'hémorrhagie ne reparut pas. Le lendemain, j'enlevai l'éponge, et le malade a guéri parfaitement et sans accidents.

Obs. VI. — Je fis de nouveau usage, quelques jours plus tard, de la même eau hémostatique dans une circonstance assez importante, où l'on apprécia clairement l'efficacité de ce moyen.

Je venais de pratiquer, le 22 mai, la résection de la totalité du corps de la mâchoire inférieure sur le nommé Pierre Pouchelin, cultivateur, âgé de quarante-un ans, que m'avait adressé M. le docteur Colette, médecin principal et en chef de l'hôpital militaire de Belfort.

MM. les docteurs Moreau, Bolu, Thinus, Castano, Lenoir, Fourquet, Michel, Kaula, Gros, Hugueni et les élèves de la clinique assistaient à cette opération, rendue nécessaire par un cancroïde datant de dix-sept ans, avec destruction de la lèvre inférieure, d'une portion des téguments des joues et du cou, induration du plancher de la bouche et altération profonde avec perte de substance du corps du maxillaire.

La résection fut pratiquée facilement par suite des avantages du procédé dont je fais usage, et qui consiste à diviser l'os sur la ligne médiane, afin d'en pouvoir écarter les deux moitiés. Je soutins l'os hyoïde avec un crochet érygne assujetti à un cercle d'acier représentant le contours de la mâchoire et maintenu par un appareil très habilement construit par M. Elser.

Nous n'avions pas ainsi à redouter la suffocation, par retrait de la base de la langue et de l'appareil hyoïdien, tirés vers la colonne vertébrale par les muscles stylo-glosse, stylo-hyoïdien, digastrique et glosso-pharyngien. Notre malade n'eut aucune menace de suffocation, grâce à cette précaution et aussi à celle de faire pencher la tête en avant, moyen très simple et assez efficace pour remplacer la plupart du temps les divers procédés de traction de la langue.

Les principales artères qui avaient fourni du sang, et particulièrement les faciales, avaient été liées ; nous avions cessé l'emploi du chloroforme, qui avait procuré une insensibilité complète

pendant près d'une heure qu'avait duré l'opération. L'appareil était appliqué, lorsque nous nous exagérâmes un peu, je crois, le danger de laisser dans la plaie la glande sous-maxillaire gauche, qui était parfaitement saine. Nous pensâmes que la perte de la salive en serait augmentée sans compensations, et que ce serait peut-être un obstacle de plus à la cicatrisation.

Je saisis donc cette glande, qui offrait le volume d'une noix, et je l'enlevai avec des ciseaux fins et acérés, en divisant de nouveau l'artère faciale qui y était accolée par du tissu cellulaire interlobulaire très dense, dont il m'aurait été impossible de la séparer.

J'eus immédiatement un écoulement de sang très abondant, et malgré des tentatives plusieurs fois répétées, je ne parvins pas à saisir le vaisseau et à en pratiquer la ligature. Une éponge engagée dans la plaie était à l'instant traversée par le sang, et j'entrevoyais la dure nécessité de retirer les sutures, pour découvrir enfin l'artère lésée. En cette occurrence, et avant de prendre ce dernier parti, j'envoyai chercher mon eau hémostatique, j'en remplis la plaie en y exprimant une éponge ; à la troisième fois, l'hémorrhagie était arrêtée et les surfaces traumatiques parfaitement sèches. Le malade fut alors porté à son lit, et aucun écoulement de sang ne reparut depuis ce moment.

Je signalerai seulement à propos de cette opération une lacune qui me paraît exister dans tous les ouvrages de médecine opératoire où l'on traite de la résection de la totalité du corps de la mâchoire.

On ne fait aucune mention particulière de la manière dont l'os doit être coupé, et les opérateurs scient l'os perpendiculairement à son contour horizontal.

Ce procédé est bon sans doute, lorsqu'il reste une portion de l'arcade dentaire, dont l'opposition à l'arcade dentaire supérieure borne les mouvements d'élévation du corps de l'os.

Mais lorsque toute la partie horizontale du maxillaire inférieur a été réséquée, les conditions des rapports osseux sont très différentes. La branche verticale de la mâchoire n'étant plus arrêtée dans son mouvement d'élévation par aucune puissance, bascule en avant sur la fossette glénoïde du temporal, s'écarte en dehors, et vient s'arc-bouter contre la joue, sur le point où la muqueuse se réfléchit sur les gencives de l'arcade dentaire supérieure. Si le corps du maxillaire a été coupé à angle droit, l'angle aigu de l'os, tiré en haut par toute la force des muscles masséter, ptérygoïdien interne et temporal, ulcère la joue, s'y enfonce,

nécrose le maxillaire supérieur au point de contact, et cause au malade d'insupportables douleurs,

Tel fut l'accident dont nous fûmes témoin chez notre opéré. Nous l'entendîmes continuellement se plaindre les premiers jours d'une vive souffrance qu'il rapportait à la région du sinus maxillaire et aux dents. Sans cette douleur, disait-il, il se porterait très bien. Nous n'en découvrîmes pas d'abord la cause, mais à force de réflexions et en examinant les parties, nous finîmes par nous convaincre de l'action vulnérante de la portion conservée et saillante de l'os réséqué.

Je m'occupai alors, le 31 mai, avec l'aide de mes confrères MM. Wieger et Michel, et de MM. Bruch, Lauth, etc., élèves de l'hôpital, et de M. Elser, d'achever l'ablation de toute la partie de la mâchoire dépassant les bords des muscles masséter et ptérygoïdien interne.

Je me servis des plus puissants ostéotomes, dont l'un m'éclata entre les mains, tant était grande la force nécessaire à la section de la lame interne de l'os. Nous réussîmes enfin, après beaucoup de peines et d'efforts, et aussitôt les douleurs du malade disparurent.

Un peu plus tard cependant, le 14 juin, nous dûmes revenir à une nouvelle résection. L'os, toujours porté en avant par l'action des élévateurs, s'était de nouveau découvert entre les muscles masséter et ptérygoïdien, et faisait cruellement souffrir le malade. La pression en était si forte que mon doigt, placé entre la portion restante de la mâchoire et le maxillaire supérieur, en était comprimé très douloureusement. Cette fois, la résection fut pratiquée sur une étendue plus considérable encore de la branche ascendante de la mâchoire, et le malade fut immédiatement soulagé.

Nous nous sommes demandé s'il ne conviendrait pas, dans des cas semblables, d'amputer la totalité de la mâchoire ou de diviser les insertions du muscle temporal avec un fort ténotome.

Obs. VII et VIII. — Jacques Jerger, âgé de cinquante-un ans, tonnelier, vint à la clinique de Strasbourg se faire opérer pour la cinquième fois d'une tumeur mélanique de l'orbite gauche. Le début de l'affection datait, d'après le malade, de huit années, et la première opération avait été pratiquée deux ans plus tard. Dans cette période des six dernières années, Jerger avait joui de cinq ans de santé, et avait été souffrant durant une année environ, pendant les périodes de récidive et de guérison des cinq opérations subies.

Les bénéfices de l'intervention chirurgicale avaient été, comme

on le voit, évidents. Les tumeurs mélaniques occupaient particulièrement le côté externe de l'orbite, et semblaient naître en partie de la sclérotique, Les paupières étaient soulevées et envahies vers leur bord libre, sans que la peau fût notablement détruite ; la vue était mécaniquement gênée, et le globe oculaire était complétement caché par plusieurs tumeurs bosselées, de forme arrondie, d'un diamètre de deux à trois centimètres, faisant saillie sous la peau amincie des paupières et dans l'intervalle de leur bord libre, où l'une d'elles, parfaitement globuleuse et comme pédiculée, était ulcérée. Au reste, la vision, après l'ablation des tumeurs, restait parfaite. La rapidité des récidives n'avait pas été régulièrement progressive. La guérison avait duré un an après la première opération faite par M. le docteur Held, deux ans après la seconde et un an après la quatrième, pratiquées par moi ; quatre mois seulement après la cinquième.

Dans tous ces cas, les masses mélaniques n'avaient pas dépassé la région orbitaire ; mais cette fois on constatait la présence de deux autres tumeurs, arrondies, mobiles, assez volumineuses ; l'une au-dessous de l'arcade zygomatique, un peu en avant de l'oreille, l'autre en dedans et au-dessous de l'angle gauche du maxillaire inférieur. Ces tumeurs avaient la consistance, la forme et la mobilité sous-aponévrotique de ganglions lymphatiques engorgés.

Je crus convenable de tenter une fois encore la dissection profonde des masses mélaniques intra-orbitaires, en ménageant le globe de l'œil, dont le sacrifice me parut devoir être renvoyé à l'époque plus éloignée d'une récidive inévitable, et pour rendre la guérison plus durable, je me décidai à enlever également les ganglions altérés. Après avoir chloroformé le malade, je mis à nu, par une incision longitudinale, le ganglion sous-zygomatique, qui nous parut complétement converti en une matière mélanique molle et friable. La dissection entre les lobules de la glande parotide fut délicate, et quelques branches de l'artère temporale donnèrent du sang en assez grande quantité.

Je procédai de la même manière à l'incision du ganglion sous-maxillaire, que je trouvai également transformé en mélanose, et j'eus à combattre une assez forte hémorrhagie veineuse.

La compression momentanée des plaies avec des éponges n'arrêta pas l'écoulement du sang, et l'occasion me parut favorable d'xepérimenter une liqueur hémostatiqne composée par un de nos plus habiles pharmaciens avec quelques-unes des substances révélées par l'analyse dans l'eau Pagliari. Cette liqueur resta sans action sur les deux plaies. Les éponges qui en avaient été

imbibées étaient aussitôt traversées par le sang, dont la coloration ni la consistance ne parurent changées. Nous eûmes alors recours aux dernières gouttes du flacon de M. Pagliari, et l'hémorrhagie des deux plaies s'arrêta avec une remarquable facilité, en présence des élèves de la clinique et de mes confrères MM. Michel, Bolu, Fourquet, Lenoir, Moreau, Thinus, etc.

Le reste de l'opération s'acheva sans accidents. La commissure palpébrale interne, transversalement divisée, permit de renverser les paupières sur le front et sur la joue, après en avoir détaché les parties altérées. La tumeur, poursuivie profondément dans les graisses de l'orbite, nécessita l'ablation d'une portion du périoste, la dénudation des faces inférieure et externe du globe oculaire, et l'incision d'une grande étendue de la conjonctive. Les diverses portions du tissu morbide ainsi séparées offraient, en les réunissant, le volume du poing. Quelques sutures régularisèrent les plaies palpébrales. J'enlevai les éponges dont nous nous étions servis contre les hémorrhagies, et le sang ne reparut pas. L'opération avait duré plus d'une heure, et l'on avait consommé cent quarante grammes de chloroforme.

L'efficacité de l'eau Pagliari fut ici d'autant plus manifeste qu'une expérience comparative avait été tentée avec une liqueur dont on supposait la composition analogue et dont les effets étaient restés absolument nuls.

Réflexions.

Les observations précédentes présentent *huit* exemples d'hémorrhagies arrêtées rapidement et d'une manière définitive par l'eau hémostatique de M. Pagliari. Cette remarquable continuité de succès dans des conditions variées d'hémorrhagies, primitives et consécutives, artérielles et veineuses ; l'attention scrupuleuse avec laquelle ces faits furent constatés par des confrères éclairés et de nombreux spectateurs, nous paraissent être des garanties de certitude, propres à lever tous les doutes sur la réalité des résultats.

Les vaisseaux dont nous avons arrêté l'hémorrhagie étaient d'un assez petit diamètre, et il serait curieux de savoir si les artères de l'avant-bras et de la jambe, du bras ou de la cuisse, pourraient être fermées par un caillot oblitérateur.

Je crois le fait peu probable pour les principales artères du corps, mais je suis cependant disposé à en tenter l'expérience avec toutes les précautions commandées pour la sûreté des malades. Dans les amputations de la jambe, les vaisseaux sont pro-

fondément rétractés et difficiles à saisir. Souvent à la cuisse, des veines volumineuses donnent du sang; ce serait le cas d'appliquer l'eau hémostatique. La ligature serait immédiatement pratiquée en cas d'insuccès.

Mon honorable collègue M. le docteur Lacauchie, chirurgien en chef de l'armée d'Italie, a eu la bonté de me mettre en rapport avec M. Pagliari, pour l'expédition d'une certaine quantité de sa liqueur. Malheureusement le vase qui la contenait a été brisé, mais j'en attends un nouvel envoi.

Dès aujourd'hui, toutefois, la question principale, celle de l'efficacité d'une liqueur hémostatique, me paraît tranchée.

Nous nous proposons d'étudier actuellement :

1° Les propriétés comparatives des nombreux liquides hémostatiques déjà proposés ;

2° La composition de ces liqueurs ;

3° Les cas dans lesquels on peut y avoir recours.

Ce sera l'objet d'un prochain travail.

---

3. *Essai de l'oxide blanc d'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes*; par M. P. Lemaistre D. M. P., ex-interne des hôpitaux, docteur en médecine à Limoges.

(L'Union médicale, Nos 82 et 83; 12 et 15 juillet 1851.)

Les expériences ont été faites en mai, juin et juillet 1850, à l'hôpital de la Charité, par M. Andral.

Je vais exposer d'abord la nature des cas soumis au traitement, je passerai ensuite au mode d'administration du remède, à son résultat, à quelques symptômes observés pendant la médication, et puis je terminerai en essayant de porter une conclusion.

Nature des fièvres. — L'oxyde blanc d'arsenic a été administré dans onze cas, non pas choisis, mais pris indistinctement.

Dans deux cas, la fièvre intermittente nous a paru être symptômatique : 1° dans l'un, d'un travail de tuberculisation interne; 2° dans l'autre, d'une affection organique de l'estomac. Chez une malade, la fièvre s'est déclarée à l'hôpital, sans antécédent fébrile aucun.

Dans presque tous les autres cas, la constitution fébrile intermittente datait au moins d'un an, et avait été prise en Afrique.

Le type de ces fièvres était tierce pour la majorité des cas; quotidien pour le reste.

On n'a jamais administré le remède avant d'avoir constaté au moins un accès de fièvre à l'hôpital, Ainsi, dans deux cas, on a laissé cinq accès avoir lieu ; le plus souvent, nous laissions trois accès se bien prononcer ; dans quelques cas , deux ; rarement un seul.

Mode d'administration. — Nous avons suivi les indications de M. Boudin. Dans 70 grammes d'un mélange à parties égales de vin et d'eau de cannelle, on ajoutait, suivant la dose à donner, 10, 20, 30, 60 grammes d'une solution de 1 décigramme d'oxyde blanc d'arsenic sur 100 grammes d'eau. Dans trois cas, on a remplacé le vin et l'eau de cannelle par une infusion de feuilles d'oranger ; nous dirons plus tard pourquoi.

Le médicament était administré, en général, en une seule prise, et cinq heures avant l'accès. Dans quelques cas, on le donnait en deux prises, à demi-heure d'intervalle. Le plus souvent, on débutait par 3 centigrammes d'oxyde blanc. Deux fois, on a commencé seulement par 2 centigrammes, la faiblesse des malades ou l'irritabilité du tube digestif étant une contre-indication à une dose plus forte. Dans un seul cas, la dose de 3 centigrammes a été portée à 6 le second jour sans accident.

Effets. — Nous pouvons dire que dans dix cas, la fièvre a été coupée presque toujours dès la première dose. Dans le petit nombre de cas où la seconde dose a été nécessaire pour faire disparaître la fièvre, cela provenait ou bien de ce que la potion avait été en totalité vomie de suite après l'ingestion, ou bien de ce que, au lieu d'être prise cinq heures avant l'accès, le malade ne la prenait que trois heures ou même une demi-heure seulement avant.

Dans un seul cas, néanmoins, le remède, bien administré et non vomi, n'a pu couper la fièvre dès la première dose; on a usé alors d'un vomitif, et puis on a donné 6 centigrammes d'oxyde, et la fièvre a disparu.

Le onzième cas, que je regarde comme un insuccès, n'en est réellement pas un ; car la potion a été vomie de suite après son ingestion. On ne peut donc pas dire que le remède a échoué, puisqu'il n'a pas pu agir, et que l'irritation intestinale n'a pas permis que l'on continuât le remède.

Il est difficile, d'après un tel résultat, d'infirmer la vertu de ce médicament.

Une autre question se présentait à nous : c'était de savoir si, continué quelque temps, il empêcherait les récidives. Nous avons donc continué son administration quelques jours après la fièvre coupée. Il est impossible de me prononcer sur l'efficacité de

cette médication ; car si tôt guéris, les malades restaient une semaine à peine, et puis partaient.

Je mets néanmoins sous les yeux du public la quantité d'oxyde blanc absorbé par chaque malade pendant le traitement. On pourra voir qu'on peut encore faire absorber une quantité assez considérable d'arsenic sans accident :

L'un en a pris	11	centigrammes	en	6	jours.
Les autres. .	15	—	—	12	—
— . .	12	—	—	10	—
— . .	9	—	—	3	—
— . .	6	—	—	4	—
— . .	13	—	—	5	—
— . .	6	—	—	5	—
— . .	11	—	—	5	—
— . .	15	—	—	5	—
— . .	9	—	—	3	—

Dans un cas, la potion n'a été prise qu'un jour.

En général, la dose de 3 centigrammes était administrée tous les jours ou tous les deux jours, suivant le type de la fièvre ; d'autres fois, on allait en diminuant : on passait à 2 centigrammes, puis à 1.

Dans quelques cas, la rate hypertrophiée diminuait ; mais nous n'avons pas assez de faits pour établir l'influence de l'arsenic sur cet organe.

Aux doses administrées par M. Andral, l'arsenic a produit quelques effets sur l'économie. Voici ce qu'il m'a été permis de constater :

Dans presque tous les cas, immédiatement après l'ingestion du remède avec le vin rouge, le malade ressentait une chaleur vive à l'estomac, comparée par lui à celle éprouvée par de l'eau-de-vie qu'on aurait avalée. Cette sensation doit être attribuée au vin et à la cannelle, et non à l'arsenic. Ce qui le prouve, c'est qu'on a administré trois fois l'arsenic dans une infusion de feuilles d'oranger, et la sensation de chaleur à l'estomac n'a pas été constatée. Hors cela, tous les autres symptômes ont été les mêmes avec les deux potions. Ces symptômes sont les suivants :

Dix minutes après la prise du remède, presque toujours nausées pendant plusieurs heures, quelquefois jusqu'au lendemain ; vomissements parfois de la potion en totalité ou en partie, le plus souvent de matières blanchâtres, glaireuses, peu abondantes, bilieuses rarement.

Nous n'avons observé de diarrhée et de coliques que dans deux

cas, et encore doit-on tenir compte d'un état sub-inflammatoire du tube intestinal, antécédent à l'administration du remède. L'émission fréquente d'urines, signalée dans un cas, doit-elle être attribuée à l'arsenic ou au sulfate de quinine?

Du côté de la respiration et de la circulation, je n'ai rien signalé de marquant. Mais il n'en est pas de même de l'innervation : nous avons constaté les impatiences dans les membres, de la céphalalgie et des syncopes.

On nous demandera maintenant nos conclusions sur l'arsenic? Je crois pouvoir les formuler ainsi : l'arsenic coupe la fièvre, car, sur onze cas, il l'a coupée dix fois, et le onzième cas n'est point même un insuccès, le remède n'ayant pu agir.

C'est avoir une opinion bien hardie, me direz-vous peut-être, que de conclure, d'après onze cas, à l'efficacité d'un remède. Je pourrais vous répondre que onze cas, consciencieusement observés, peuvent bien avoir leur valeur. Car M. Chomel, lorsqu'il lut à l'Académie, en 1821, son rapport sur le sulfate de quinine, n'avait que treize cas, dont dix succès : et il conclut néanmoins à l'efficacité du fébrifuge : et vous savez si l'expérience est venue confirmer cette conclusion.

Mais je ne veux pas m'avancer sur le terrain des comparaisons. Du reste nous n'avions pas, comme M. Chomel, à nous prononcer sur l'efficacité d'un remède nouveau : nous voulions essayer la vertu d'un agent thérapeutique expérimenté depuis longtemps. Aussi, pour corroborer mon opinion sur l'arsenic, me permettrai-je de vous rappeler que des hommes éminents dans la science ont déjà vanté ce remède comme un excellent fébrifuge. On sait que Slevogt, professeur à Iéna, vers la fin du siècle dernier, proclama l'arsenic comme le meilleur moyen pour couper la fièvre. Melchior Friek, à Ulm, employait l'orpiment, vers la même époque, et prétendait n'avoir jamais trouvé de fièvre qui lui ait résisté. Les deux Plencitz, à Vienne, se servaient d'acide arsénieux et portaient la dose de 2 à 5 centigrammes par jour ; jamais ils ne virent d'accidents, et ils coupèrent des milliers de fièvres intermittentes.

On ne s'étonnera pas qu'avec les mêmes doses nous ayons eu les mêmes succès et pas d'accidents. Chez nos voisins d'outre-mer, Fowler et Pearson, dont les noms son restés attachés à une préparation arsenicale, obtinrent des succès prodigieux, dans le traitement des fièvres d'accès. Le remède en France était à peut près abandonné, lorsque M. Boudin essaya de le réhabiliter. A Marseille, cet auteur obtint maints succès avec quelques milligrammes. A Paris, ces mêmes doses ne furent plus suffisantes.

il fallut avoir recours à des centigrammes, dès le début, et le succès ne lui fit pas encore défaut. M. Nonat, marchant sur ces traces, est arrivé aux mêmes résultats. Ainsi nous ne sommes pas les seuls à penser que l'arsenic coupe la fièvre.

On pourrait maintenant se demander s'il la coupe mieux que le sulfate de quinine? Je ne le pense pas : car je n'ai jamais vu échouer celui-ci. La coupe-t-il mieux que les autres moyens? Je répondrai oui : car tous ceux-ci sont très infidèles, et je ne les ai jamais vus aussi souvent réussir que l'arsenic. Je place donc cet agent thérapeutique directement après le quinquina.

Est-ce à dire pour cela qu'à cause de son bas prix nous devions l'employer toujours et n'avoir recours au quinquina que dans les cas rebelles? Je répondrai immédiatement non, 1° parce que l'arsenic cause presque constamment des vomissements (ce qui est très désagréable pour le malade) et peut produire même des accidents graves; 2° parce qu'il pourrait en résulter dans le monde de graves malheurs, en facilitant les empoisonnements qu'on mettrait sur le compte du médecin, tandis qu'une main étrangère aurait consommé le crime.

Changeons, si vous le voulez, les propriétés ci-dessus et disons que nous devons toujours employer le sulfate de quinquina, et seulement l'arsenic dans les cas où celui-là n'aurait pas réussi.

Comme preuve de ce que je viens d'avancer, voici les onze observations qui font le sujet de cet article :

Obs. I. — Salle Saint-Félix, n° 19, un homme entré le 16 mai 1850; récidive d'une fièvre intermittente prise en Afrique depuis un an, et coupée à plusieurs reprises avec le sulfate de quinine. A son entrée à la Charité, le malade n'est point débilité par la fièvre, celle-ci est tierce. La dernière récidive date de huit jours. La rate est hypertrophiée ; on laisse trois accès avoir lieu et on passe à l'oxide blanc d'arsenic ; on l'administre tous les jours pendant six jours. 3 centigrammes sont donnés, le premier jour en une seule fois, à cinq heures de l'accès. Deux heures après un vomissement bilieux ; l'accès est coupé. La dose du second jour est aussi de 3 centigrammes, mais administrée en deux prises à une heure d'intervalle ; envies de vomir seulement. La troisième dose est seulement de 1 centigramme, on la donne en deux fois à une demi-heure d'intervalle. Vomissement bilieux vingt minutes après la première prise. On se maintient à la même dose les jours suivants, et des nausées seules ont lieu. La rate est diminuée et la fièvre ne reparaît pas.

11 centigrammes d'oxide blanc ont été pris en six jours.

Obs. II. — Salle Saint-Félix, n° 15, entré le 26 mai 1850,

27 ans. Fièvre prise en Afrique un an avant son entrée. Cette fièvre a été maintes fois coupée avec le sulfate de quinine, et toujours a récidivé. Avant son entrée, trois accès de fièvre tierce ont eu lieu ; la rate a 18 centimètres. Le malade est fort et vigoureux ; on laisse deux accès avoir lieu à l'hôpital ; ces accès durent de sept à huit heures. On administre 3 centigrammes d'oxide blanc dans 100 grammes du véhicule, sans aucun succès ; le malade n'en éprouve pas autre chose qu'une sensation de chaleur à l'estomac. On donne alors un vomitif composé d'émétique et d'ipéca. La fièvre avance, mais diminue un peu d'intensité. On donne 6 centigrammes d'oxide blanc le lendemain en une seule fois ; le malade éprouve d'abord une sensation de chaleur à l'estomac ; deux heures après, quelques nausées, mais sans vomissements, avec un peu de céphalalgie et de l'impatience dans les membres. L'accès suivant ne dure que quelques minutes ; le malade est d'une grande faiblesse toute la journée et peut à peine se tenir levé quelques heures, mais l'appétit revient.

A quatre reprises différentes, de deux en deux jours et cinq heures avant l'accès présumé, on donne encore 3 centigrammes d'oxide blanc ; envies de vomir constantes après chaque prise. Céphalalgie une fois ; la fièvre ne reparaît pas et la rate est diminuée ; le malade sort. Le traitement a duré douze jours, pendant lesquels 15 centigrammes d'oxide blanc ont été pris en six doses.

Obs. III. — Salle Saint-Félix, n° 16, un homme âgé de 28 ans, entré le 31 mai 1850 ; fièvre datant d'un an, prise à Versailles, coupée à deux reprises différentes par le sulfate de quinine et récidivant pour la troisième fois. Il entre à la Charité après trois accès de fièvre tierce ; la rate est un peu hypertrophiée. Le malade n'a point encore perdu ses forces ; son appétit seulement est diminué. On laisse deux accès avoir lieu à l'hôpital (ceux-ci durent cinq et sept heures) et puis on administre l'arsenic cinq heures avant l'accès à venir. Le remède est donné chaque fois à la dose de 3 centigrammes ; le malade en prend tous les deux jours vers deux heures de l'après-midi, à quatre reprises différentes. La fièvre a été coupée dès le premier jour ; après chaque prise, envies de vomir jusqu'à la nuit, avec céphalalgie très intense et perte d'appétit. Le malade quitte l'hôpital le cinquième jour du traitement.

Obs. IV. — Salle Saint-Vincent, n° 20, une femme âgée de 29 ans, entrée en juin 1850 ; fièvre intermittente prise à Marseille, au retour d'Afrique, il y a huit mois environ, et coupée avec le sulfate de quinine une première fois. Elle arrive après

deux accès de fièvre tierce de trois heures de durée ; on laisse deux accès se bien déclarer, puis on donne 2 centigrammes d'oxide blanc; mais au lieu de prendre la potion cinq heures avant l'accès, la malade la prend seulement une demi-heure avant. Immédiatement après, chaleur à l'estomac et nausées. La fièvre arrive et se déclare plus forte que les jours précédents ; elle dure quatre heures au lieu de trois. On donne encore deux fois la potion avec la même dose à un jour d'intervalle, mais à cinq heures au moins de l'accès présumé, et la fièvre est coupée. La malade sort. 9 centigrammes ont été pris en trois jours.

Obs. V. — Salle Saint-Vincent, n° 30, une femme âgée de 49 ans; elle entre à la Charité le 8 juin 1850, avec tous les symptômes d'un travail de tuberculisation interne, et de plus des accès de fièvre intermittente datant de quinze jours, non réguliers d'abord, mais bientôt revenant à époques fixes deux fois par jour. Le lit gardé d'une manière continue à l'hôpital, fait disparaître l'accès du soir. Quand plusieurs accès du matin se sont bien prononcés, on administre l'oxide blanc. La première dose est de 3 centigrammes. De suite après son ingestion, sensation de chaleur à l'estomac et puis quatre vomissements; un toutes les heures, de manière à rendre en tout un demi-crachoir de liquide. Le premier vomissement est coloré par le vin, les autres sont aqueux. Les nausées persistent toute la journée ; l'accès du matin manque, mais apparaît le soir.

Le lendemain, on ne donne que 1 centigramme, et cependant toute la potion est vomie presque de suite après, et les nausées ont lieu toute la journée. La fièvre est coupée ; on donne alors pour la troisième fois l'oxide blanc, mais dans une infusion de feuilles d'oranger à la dose de 1 centigramme. Malgré cela, les nausées se déclarent sans vomissements et persistent toute la journée et toute la nuit avec faiblesse extrême. On donne encore une demi-potion analogue à la précédente, mais elle est rendue par cinq ou six vomissements successifs. Les nausées persistent toute la journée, des lipothymies se manifestent la nuit et un vomissement a lieu encore. Tous ces symptômes disparaissent rapidement par la cessation du remède. L'appétit revient et la fièvre a disparu. 6 centigrammes d'oxide blanc ont été pris en quatre jours.

Obs. VI — Salle Saint-Vincent, n° 19, entrée en juin 1850; une femme âgée de 27 ans ; elle entre à la Charité pour une dyssenterie ; on la guérit, et, pendant sa convalescence, elle est prise à l'hôpital d'accès intermittents (sans antécédent fébrile aucun) revenant tous les jours à midi. On laisse cinq accès avoir lieu et

puis on donne 2 centigrammes d'oxide blanc dans une infusion de feuille d'oranger. La potion est immédiatement rendue; douze vomissements ont lieu dans la journée, et les nausées persistent pendant vingt-quatre heures. L'accès n'est point coupé, le sulfate de quinine en triomphe facilement le surlendemain. Ce jour là quatre vomissements ont encore lieu, et une douleur persistant très vive à l'estomac, avec constriction à la gorge, diarrhée intense et émission des urines très répétée, on applique quinze sangsues à l'épigastre et les opiacés sont administrés à l'intérieur. Tout se dissipe rapidement.

On doit très certainement regarder ces symptômes comme provoqués par l'arsenic, mais il ne faudrait pas cependant les lui attribuer en totalité, car on doit faire la part de l'irritation du tube intestinal, à la suite d'une dyssenterie.

Obs. VII. — Salle Saint-Félix, n° 7, un homme âgé de 26 ans, entré en juin 1850; fièvre prise en Afrique en 1849, coupée à plusieurs reprises et récidivant toujours. A son entrée, le malade est profondément débilité; la rate a 25 centimètres. Il a la fièvre quotidienne depuis six jours. Après trois accès de cinq heures de durée au moins, bien constatés à l'hôpital, on administre l'arsenic; 3 centigrammes d'oxide blanc sont donnés dans une infusion de feuilles d'oranger en une seule prise. Le malade n'éprouve pas de sensation de chaleur à l'estomac, mais immédiatement après l'ingestion il rend par deux vomissements la moitié de la potion. La fièvre est coupée, sauf un peu de froid qui se manifeste à l'heure de l'accès. On donne encore la potion pendant deux jours à la même dose, mais en deux prises à une heure d'intervalle.

Le premier jour les nausées seules se déclarent pendant une heure; mais le second les nausées et une grande faiblesse se manifestent et persistent jusqu'au soir, ce qui fait suspendre le médicament; mais la fièvre est coupée.

Quinze jours après, la fièvre étant revenue, on donna en deux reprises 2 centigrammes d'oxide blanc, mais des nausées de plusieurs heures de durée font encore suspendre la potion, et néanmoins la fièvre est coupée. 13 centigrammes ont été pris en cinq jours. La fièvre a été coupée à deux reprises différentes.

Obs. VIII. — Salle Saint-Vincent, n° 29, une femme âgée de 40 ans, entrée en juin 1850. Dégénérescence organique de l'estomac; fièvres intermittentes à l'âge de 15 ans. En 1849, à la suite d'un coup, tumeur à la région épigastrique avec la plupart des symptômes du cancer de l'estomac. Elle arrive à la Charité avec des accès de fièvre intermittente datant de six semaines et

revenant tous les deux ou quatre jours dans la matinée. On laisse cinq accès avoir lieu à l'hôpital. Le type est tierce. On administre l'arsenic ; 2 centigrammes d'abord ; de suite après nausées sans vomissements pendant une heure ; quelques heures plus tard une selle avec de fortes coliques, suivie de deux syncopes. La fièvre est coupée, sauf un peu de céphalagie et une grand faiblesse qui apparaissent au moment de l'accès ; on donne le lendemain 1 centigr. d'oxide blanc ; nausées à la suite de dix minutes de durée. La fièvre est complétement coupée, mais elle revient bientôt. Après le troisième accès, on donne 1 centigramme d'oxide blanc pendant trois jours. Des nausées se déclarent de suite après l'ingestion ; la fièvre est de nouveau coupée, mais quelques coliques suivies de diarrhée font suspendre le remède.

6 centigrammes ont été pris en cinq jours ; deux fois la fièvre a été coupée. Les coliques et la diarrhée ne doivent pas être exclusivement attribuées à l'arsenic, car le tube digestif était déjà malade.

Obs. IX. — Salle Saint Félix, n° 8, un homme entré le 8 juillet 1850 ; fièvre tierce datant de deux mois, prise dans les environs de Paris, coupée deux fois par le sulfate de quinine, et récidivant encore. Il entre à la Charité après deux accès ; on en laisse un se bien caractériser ; il dure dix heures. On passe de suite à l'arsenic et on le donne pendant cinq jours. Le premier jour 3 centigrammes sont donnés, la fièvre est coupée ; mais à cause de une heure et demie de nausées, on ne donne, les jours suivants, que 2 centigrammes. La troisième fois que l'on administre cette dernière dose, les nausées manquent ; mais à la quatrième des vomissements arrivent à trois reprises différentes, et les nausées persistent près de cinq heures, ce qui fait suspendre la potion.

D'après ce fait et quelques autres, on ne peut pas invoquer l'accoutumance pour ce remède comme pour certains autres. 11 centigrammes d'oxide blanc ont été pris en cinq jours.

Obs. X. — Salle Saint-Félix, n° 17, un homme âgé de 31 ans, entré en juillet 1850 ; fièvre intermittente prise dans le département de l'Yonne, datant d'un an, coupée à plusieurs reprises, mais récidivant toujours. Il entre à l'hôpital après quatre accès de fièvre quotidienne ; la rate est hypertrophiée. On laisse trois accès se prononcer et puis on administre l'arsenic ; on donne 3 centigrammes d'oxide blanc trois heures avant l'accès ; celui-ci revient, mais pas aussi fort. Le lendemain, on donne la même dose, mais cinq heures avant l'accès présumé, et la fièvre est coupée. Pendant trois jours encore on donne la même dose et le

malade sort. La rate a presque son volume normal. Quoique la potion fût toujours prise en une seule fois, le malade n'a pas eu la moindre nausée.

15 centigrammes d'oxide blanc ont été pris en cinq jours.

Obs. XI. — Salle St-Félix, n° 11, un homme âgé de 41 ans ; entré en juillet 1850 ; récidive de fièvres intermittentes. La première atteinte date de vingt ans. La fièvre est quotidienne ; chaque accès dure cinq heures au moins. Une fois qu'on est sûr de la fièvre, qu'on a vu les accès bien se caractériser, on donne pendant trois jours 3 centigr. d'oxide blanc. La fièvre, dès la première dose, est moindre. Les jours suivants elle s'affaiblit encore et disparaît.

9 centigrammes ont été pris en trois jours.

---

4. *Mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées;* par M. Boinet.

(Gazette médicale de Paris, N° 31 ; 1851.)

Est-il possible de guérir certaines hydropisies du péritoine par les injections iodées ? C'est là une question à laquelle on n'hésiterait pas de répondre par la négative, si l'on s'en rapporte aux plus grandes autorités de la science, et à tous les auteurs modernes qui se taisent sur ce point. Toutefois la science n'est pas entièrement dépourvue de faits, ni de notions sur cette manière de traiter les hydropisies par les injections ; ainsi, en 1824, M. Gobert, et après lui le docteur Lhomme (de Château-Thierry), dans une note lue à l'Académie de médecine le 9 janvier 1827, proposait contre l'ascite l'introduction de vapeurs vineuses dans la cavité péritonéale. En 1831 et 1832 à Louvain, MM. Rul-Ogez, Craninkx et Van Roosbroeck, faisaient dans le péritoine des injections avec le gaz protoxyde d'azote. Plus tard, le docteur Vassal faisait connaître à la Société de médecine d'émulation un cas d'ascite guérie à la suite d'une inflammation provoquée par l'irritation du péritoine au moyen de l'instrument dont il s'était servi pour donner issue au liquide. De son côté, M. Jobert (de Lamballe) essayait l'injection alcoolique et publiait un succès. M. Vivielle disait avoir guéri un cas d'ascite par des injections d'eau tiède ; mais les résultats de toutes ces nouvelles tentatives n'ayant pas paru assez satisfaisants avaient été abandonnés, et cependant, comme tendent à le démontrer de nouvelles tentatives et de nouvelles observations, l'idée était

bonne; seulement les moyens thérapeutiques ne valaient rien.

L'innocuité, bien constatée dans ces dernières années, des injections iodées sur nos tissus, sur les muqueuses comme sur les séreuses, dans l'hydrocèle, les hydropisies des bourses muqueuses, dans les kystes de toute nature, dans les abcès froids ou chauds, fistuleux ou non, etc., nos nouvelles remarques sur le mode d'action de la teinture d'iode sur les tissus enflammés ou non, ont enhardi plusieurs praticiens et les ont amenés à appliquer à l'hydropisie péritonéale les idées qui dirigent dans le traitement ordinaire de l'hydrocèle. D'un autre côté, l'analogie si grande qui existe entre la tunique vaginale et le péritoine, tant sous le rapport de sa nature anatomique que sous celui du liquide qu'elle renferme, a dû tout naturellement conduire à traiter l'ascite par les injections iodées ; en effet, quelques tentatives ont été faites dans ce sens, et les résultats qui ont été obtenus jusqu'à présent permettent d'espérer beaucoup de l'efficacité des injections iodées dans l'hydropisie abdominale ; ces résultats prouvent, en outre, qu'on peut sans crainte faire une ou plusieurs injections de teinture d'iode dans le péritoine du même individu.

Mais avant d'aller plus loin, et pour mieux juger la valeur de la nouvelle méthode que nous proposons, jetons un coup d'œil sur les injections de nature diverse qui ont été faites dans le péritoine avec plus ou moins de succès. Ces injections ont été faites avec de la vapeur vineuse (quatre observations, Gobert et et Lhomme), de l'air et du gaz protoxyde d'azote (Rul-Ogez, Craninkx et Van Roosbroeck, quatre observations), de l'alcool mélangé d'eau (Jobert, de Lamballe, une obs.), de l'eau tiède et de la décoction de quinquina (Vivielle, une obs.), et enfin de la teinture alcoolique d'iode (Boinet, Griffon, Leriche, Rul-Ogez et Volant, neuf observations).

Obs. I. — La première tentative d'injection dans le péritoine remonte à 1824. Il s'agit d'une femme de 22 ans, devenue hydropique à la suite d'une suppression de règles. La ponction fut pratiquée le 8 mai 1824 par M. Gobert, qui fit immédiatement une injection de vapeur vineuse dans le péritoine. Voici comment il rapporte ce fait :

Sur un poêlon contenant du vin, j'ajoutai en manière de chapiteau d'alambic un entonnoir renversé, et je plaçai sur le feu cet appareil ainsi disposé pour faire monter la vapeur du vin par le tuyau de l'entonnoir.

Je pris une petite seringue dont on se sert pour faire des injections dans les oreilles ; j'en introduisis le bout dans le goulot

de l'entonnoir et j'entourai les deux extrémités d'un petit linge mouillé, afin de les mieux joindre.

Lorsque le vin fut en ébullition, je tirai le piston de la seringue qui se remplit aussitôt de vapeur, et je condensai celle-ci en refroidissant avec de l'eau le corps de la seringue ; après quoi j'injectai douze fois de suite cette vapeur dans l'abdomen par le canal du trois-quarts. La malade déclare à la grande surprise des assistants, que cette vapeur « lui réchauffait l'estomac et lui faisait beaucoup de bien.... »

Il n'y eut ni faiblesse, ni douleur; un bandage de corps fut appliqué. Le lendemain, il y eut une tympanite légère qui se dissipa par l'émission du gaz.

Le 24 juin, six semaines après l'opération, les règles avaient reparu. La malade avait fait une lieue à pied pour faire constater à son médecin sa complète guérison.

Obs. II. — La seconde observation d'injection de vapeur vineuse appartient encore à M. Gobert. Elle concerne une jeune fille de 18 ans dont l'ascite, accompagnée d'infiltration des extrémités inférieures, s'est produite après une suppression de règles datant de quinze mois. Cette injection amena encore une guérison radicale ; seulement la malade ressentait dans les grandes inspirations un tiraillement qui fit croire que le grand épiploon pouvait bien adhérer avec la paroi abdominale.

Obs. III. — Le docteur Lhomme (de Château-Thierry), encouragé par ces deux succès, essaya à son tour d'injecter de la vapeur vineuse chez un homme de 49 ans, qui était devenu hydropique à la suite d'une hématémèse qui avait duré quatre jours. Des purgatifs n'ayant pu guérir ce malade, il fallut recourir à la ponction qui fut pratiquée six fois dans l'espace de dix ans. Ce fut alors que M. Lhomme consulté pratiqua une injection dans le péritoine, après avoir employé inutilement tous les remèdes usités en pareils cas; il obtint un succès complet et procéda de la même manière que M. Gobert. Il répéta seize fois cette injection, sans que le malade sentît autre chose qu'un gonflement du ventre ; il eut seulement quelques coliques sourdes qui durèrent pendant deux mois et disparurent d'elles-mêmes.

Obs. IV. — Enhardi par ce premier succès, M. Lhomme a tenté une seconde fois ces injections de vapeur vineuse, dans un cas d'ascite datant de vingt-neuf ans ; mais il n'a pas réussi.

Comment ont agi ces injections de vapeur vineuse ? Notons d'abord que le résultat a été heureux trois fois sur quatre, qu'elles n'ont produit aucun accident. Est-ce en enflammant le péritoine ou en rétablissant l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion de

la sérosité, qu'elles ont guéri ? Rien ne démontre qu'elles aient amené des adhérences, puisque aucun des malades n'a succombé; seulement un cas peut le faire supposer, celui dans lequel le malade a éprouvé à l'épigastre un sentiment de tiraillement, au moment des grandes inspirations; peut-être l'action de ces injections s'est-elle bornée à modifier l'état pathologique du péritoine, et à s'opposer à un nouvel épanchement dans cette cavité. On ne peut rien affirmer sur ces différents points; tout ce que ces observations prouvent, c'est l'innocuité de la vapeur vineuse dans le péritoine, et leur efficacité dans certains cas pour guérir l'ascite.

Ces injections, fait observer M. Morel-Lavallée, dans un rapport sur ce mémoire, à la Société de chirurgie de Paris, ne resteront pas dans la pratique, il est trop difficile de les doser, d'en régler la température et la force. Cette vapeur de vin, qui n'est au fond que de la vapeur d'alcool, comment la refroidir à un degré convenable pour qu'elle n'arrive pas trop irritante, brûlante sur le péritoine, ou trop faible, ou mélangée d'air ? En effet, avec un refroidissement trop intense, la vapeur alcoolique se condense en quelques gouttelettes dans la seringue, et le vide qu'y produit sa liquéfaction est rempli par de l'air. Alors cet instrument ne fait plus pénétrer dans la cavité abdominale que l'air imprégné d'esprit-de-vin, dans une proportion insuffisante et toujours impossible à préciser. Du reste, il serait difficile de se prononcer à cet égard, car, à l'incertitude du procédé de réfrigération en lui-même, s'ajoute encore le vague avec lequel M. Lhomme, comme d'ailleurs M. Gobert, s'exprime sur la manière dont il l'a employé. Ils se contentent de dire que la seringue fut entourée de compresses imbibées d'eau froide, sans nous apprendre si, pendant les douze ou seize injections, ces compresses ont été renouvelées, etc.

Obs. V.—Un autre moyen, qui a également été employé avec quelque succès, et qui a réussi aussi trois fois sur quatre, est l'injection avec le gaz protoxyde d'azote. Il appartient à M. Van Roosbroeck, et a également été expérimenté par MM. Rul-Ogez et Craninkx, à Louvain. Avant d'en venir à injecter du protoxyde d'azote dans le péritoine, M. Van-Roosbroeck avait essayé une injection d'air, maisce moyen n'ayant produit aucun résultat ni avantageux ni désavantageux, nous le passerons sous silence. Ayant remarqué surlui-même que la respiration du gaz oxydule d'azote augmentait considérablment la sécrétion de l'urine et celle de la sueur, l'idée vint à ce chirurgien d'en injecter dans le péritoine. Il fit cette injection sur le malade chez lequel il avait injecté de l'air

sans succès. Cette injection produisit à peine de la douleur et fut suivie de sueurs et d'urines abondantes, qui guérirent le malade, qui en était à sa neuvième ponction. L'opération fut faite le 17 septembre 1830, et le malade, examiné le 1er mai suivant, plus de sept mois après, était radicalement guéri. La cause probable de cette ascite était une maladie du cœur.

Obs. VI. — La seconde observation est celle d'une femme de 50 ans, qui devint hydropique probablement à la suite d'une affection du foie. Plusieurs ponctions qu'elle avait subies avaient donné issue à un liquide purulent. Injection de protoxyde d'azote. Résultat satisfaisant d'abord ; retour de l'ascite au bout de trois mois. Nouvelle injection, nouveau succès ; seulement l'auteur ne dit pas s'il a été durable, n'ayant pas revu la malade depuis sa sortie de l'hôpital.

Obs. VII. — Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme de 29 ans, atteinte d'une péritonite chronique à la suite de couches et d'une ascite qui datait de trois ans. « On guérit d'abord la péritonite par une application de sangsues, écrivait le médecin belge à Broussais ; puis, après la ponction, je lui insufflai la même quantité de gaz qu'aux autres. La nuit, elle sua au point que son lit en fut mouillé ; ses urines étaient dix fois plus copieuses, et elles continuèrent d'être sécrétées en abondance. » Le résultat paraît avoir été satisfaisant; mais, fait remarquer M. Morel-Lavallée, l'omission d'une date ne permet pas de l'apprécier exactement.

Obs. VIII. —Broussais, qui avait reçu les communications de son confrère de Belgique, essaya à son tour cette injection gazeuse. Il avait un malade presque désespéré, atteint d'une ascite considérable, survenue après une pneumonie et plusieurs rechûtes de gastro-entérite. Il lui fit la ponction, et injecta ensuite un litre de protoxyde d'azote. Immédiatement après cette injection, la peau, qui était sèche comme du parchemin, devint humide, et les urines, qui étaient rares et bourbeuses, devinrent claires et abondantes, ce qui n'empêcha pas le malade de succomber huit jours après l'opération. L'autopsie démontra qu'il n'y avait pas trace d'inflammation dans le péritoine, et qu'il contenait peu de sérosité.

Ces observations manquent de détails importants; par exemple, la quantité de gaz injecté n'est pas indiquée dans les trois premières ; nous dirons cependant, avec M. Morel-Lavallée, auquel nous empruntons encore les réflexions suivantes, qu'elles ont eu des résultats à peu près uniformes. Le premier point qui frappe l'attention, dans ces injections de protoxyde d'azote, c'est leur

innocuité. Aucun accident, aucune réaction; tout se borne à quelques douleurs de ventre, légères et momentanées; et chez le malade de Broussais, qui a succombé aux complications, l'autopsie, faite huit jours après, n'a-t-elle pas démontré l'absence de toute trace d'inflammation dans la séreuse abdominale? En second lieu, c'est que ce moyen n'est pas seulement sans danger, mais qu'il est encore d'une incontestable efficacité. Sur quatre observations, il y a eu deux et peut-être trois succès définitifs, et une notable amélioration dans un cas désespéré.

Un dernier avantage de ces injections gazeuses, c'est que leur action sur le péritoine se borne manifestement à une simple modification de vitalité, qui rétablit l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption de cette membrane, et que dès lors la guérison n'est point achetée au prix des inconvénients que peuvent entraîner les adhérences des intestins et de l'épiploon. Ces injections paraissent donc exemptes d'accidents primitifs comme d'accidents consécutifs. Sans doute, quatre faits, quelque heureux qu'ils soient, ne permettent pas de se prononcer définitivement sur la valeur d'un nouveau traitement, mais au moins était-ce ouvrir assez heureusement une voie nouvelle dans le traitement d'une grave affection, pour que le moyen auquel on devait ces succès reçut un accueil plus favorable. Ce n'est pas cependant qu'il ne se présentât sous des noms recommandables; et si Van Roosbroeck et Broussais n'ont pas eu d'imitateurs, cela tenait à l'effroi, effroi exagéré, nous l'espérons, qu'inspirait toute injection dans le péritoine. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent*; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

(Gazette médicale de Paris, N° 34; 1851.)

Faciliter l'absorption des médicaments, en annihilant ou en atténuant les effets irritatifs de leur action topique pour mettre seulement en œuvre leur action dynamique virtuelle, tel est le but que, dans un grand nombre de circonstances, se propose le thérapeutiste. Pour l'atteindre, la connaissance des lois physiques et chimiques lui vient si souvent en aide qu'il n'est plus permis aujourd'hui de contester l'utilité de leur application à l'interpré-

tation des faits pharmacologiques, Mais dans cette voie nouvelle, que la médecine organique indiquait d'avance à la matière médicale, il ne faut entrer qu'avec des expériences positives, ou au moins avec des inductions rationnelles.

Puissent les considérations qui vont suivre offrir ce double caractère !

Parmi les éléments nombreux qui constituent la crase des humeurs organiques, tant des humeurs versées à la surface tégumentaire interne et externe que de celles qui circulent dans les vaisseaux ou imprègnent les parenchymes, les sels alcalins et les matières albuminoïdes ou protéiques se présentent comme les plus éminemment susceptibles de réactionner les substances médicamenteuses et d'assurer leur absorption. Toute théorie qui attribuerait à l'un seulement de ces deux groupes d'éléments des humeurs vivantes une prépondérance exclusive dans les modifications chimiques des médicaments appliqués à l'organisme et dans leur absorption, serait, à mon avis, trop absolue, et il est plus conforme à l'induction rationnelle d'admettre que ces deux ordres de réactifs les influencent, soit séparément et chacun pour son compte, soit simultanément.

Il y a plus : dans la digestion du médicament, pourquoi le rôle prépondérant n'appartiendrait-il pas aux matières albuminoïdes comme il leur appartient dans la digestion de l'aliment ? Et l'élément protéique n'a-t-il pas été déposé providentiellement dans les liqueurs vitales pour modifier tout ce qui doit pénétrer dans leur sein, de manière à satisfaire à l'assimilation organique dans un cas, et dans l'autre, à adapter aux conditions de la chimie vivante les molécules médicamenteuses ?

Il est donc permis de penser qu'une importance exagérée et trop exclusive a été accordée aux chlorures alcalins dans quelque théories modernes sur l'action chimique de plusieurs médicaments, particulièrement de ceux du règne minéral.

Ce n'est que pour les composés mercuriels que l'on a fait intervenir la réaction de l'albumine, et il est étrange qu'après les travaux de M. Lassaigne, corroborés par les observations de M. Mialhe, sur la combinaison du sublimé corrosif avec l'albumine, on n'ait pas songé qu'une réaction analogue pouvait et devait s'établir entre les éléments albuminoïdes de nos humeurs et beaucoup d'autres sels métalliques, et que l'on n'ait pas recherché si effectivement l'absorption de ces sels ne s'opérait pas aussi à la faveur d'une combinaison triple des éléments du sel avec l'albumine.

On a d'autant plus le droit de s'en étonner que M. Lassaigne

ne s'était pas borné à étudier l'action de l'albumine d'abord, puis des alcalis et des sels alcalins sur le sublimé : il avait ultérieurement observé et signalé l'influence de ces mêmes agents sur plusieurs autres sels métalliques ; il avait vu que l'albumine s'unit avec ces derniers, comme avec le bichlorure de mercure, sans les décomposer ; que ces *albuminates* se dissolvent à la faveur d'un excès d'albumine ou de solution du sel métallique qui lui est déjà combiné, et dans les dissolutions de plusieurs sels alcalins. Enfin il avait pensé, avec une haute raison, à mon avis, que ces faits devaient jeter une vive lumière sur le mécanisme de l'action des sels métalliques sur nos organes, sur leur absorption et leur effet médicamenteux, et il avait invité les thérapeutistes à examiner les effets de ces albuminates sur l'économie animale.

Cet appel ne fut point entendu, et je ne connaissais moi-même que le travail de M. Lassaigne relatif au sublimé, lorsque j'entrepris, vers l'année 1848, de généraliser les faits spéciaux qu'il contient en étudiant l'action de l'albumine sur d'autres sels métalliques employés en médecine. Ainsi, plagiaire à mon insu, j'aurais cru émettre des idées nouvelles sur l'albuminate d'argent, si les recherches bibliographiques provoquées par mes études habituelles ne m'avaient démontré bientôt qu'il ne restait presque plus rien à découvrir, au point de vue chimique, sur ces albuminates si intéressants et si singuliers.

On avait remarqué d'ailleurs depuis longtemps combien la présence des matières organiques modifie les réactions ordinaires des sels à base d'oxydes métalliques, et M. H. Rose, insistant particulièrement sur ce sujet, avait indiqué un grand nombre de ces modifications.

Ce n'est donc qu'en seconde ligne, à titre de modeste essai dans un ordre de recherches basées sur les faits et les principes précédemment posés, et pour servir à leur confirmation, que je viens examiner l'influence que peuvent exercer les sels alcalins, et principalement les chlorures, d'une part, et les matières albuminoïdes, de l'autre, sur les sels d'argent, et je crois en conséquence être arrivé, en répétant et en étendant parfois les expériences de M. Lassaigne, à établir une théorie nouvelle sur le mode d'administration et d'absorption de ces composés.

Peut-être du moins aurai-je été le premier à introduire dans la thérapeutique les albuminates métalliques.

Peut-être encore me sera-t-il permis plus tard de présenter des considérations analogues sur d'autres médicaments minéraux ; mais plus préoccupé des véritables intérêts scientifiques et du

perfectionnement de la pratique médicale que de toutes questions de priorité, je me verrais avec plaisir suivi et devancé même dans cette voie d'investigation par des observateurs plus habiles, car je suis persuadé que l'on rendrait un pressant et éminent service à la pharmacologie en déterminant le rôle précis que jouent les matières albuminoïdes dans l'absorption, l'assimilation, et le mode intime d'action des composés métalliques.

Ce mémoire sera divisé en deux parties.

Dans la première, j'examinerai seulement l'azote d'argent, l'agent le plus important de la médicamentation argentique.

Dans la seconde, je passerai en revue les autres préparations de ce métal employées en thérapeutique ou susceptibles de l'être.

PREMIÈRE PARTIE.

DE L'AZOTATE D'ARGENT.

1° *Expériences chimiques.*

M. Mialhe admet que l'azotate d'argent et les sels de ce métal sont transformés dans l'estomac, par les chlorures alcalins, en chloro-argentate alcalin soluble et immédiatement absorbable.

Mais les chlorures alcalins ne forment avec le chlorure d'argent des chlorures doubles solubles qu'en faisant réagir à la température de l'ébullition des dissolutions concentrées de chlorures alcalins sur le chlorure d'argent. Alors il se dépose par le refroidissement un double chlorure argentique et alcalin cristallisé; mais ce nouveau sel est décomposé par l'eau, qui dissout le chlorure alcalin et très peu de chlorure d'argent. Ainsi, en admettant que l'azotate d'argent dans l'estomac soit transformé en chlorure d'argent, que ce dernier, sous l'influence des chlorures alcalins, soit ultérieurement transformé en chloro-argentate alcalin, ce nouveau chlorure double ne serait pas une substance immédiatement ni même facilement absorbable, puisque, décomposé par l'eau, il donnerait lieu à la recomposition d'un composé insoluble, ce même chlorure d'argent dont il est impossible d'expliquer la dissolution, du moins complète, et l'absorption, en ne spéculant que sur l'action des chlorures alcalins: cercle vicieux d'où l'on ne peut en définitive faire sortir une explication plausible de l'action chimico-thérapeutique des sels d'argent.

On peut aller plus loin, et assurer qu'à la température du corps humain et dans l'état de dilution où les chlorures se trouvent dans les liqueurs organiques, si l'on ne fait valoir que la

réaction des chlorures sur l'argent, il est impossible d'admettre la formation d'un chloro-argentate alcalin.

En effet :

Première expérience.

Une dissolution de :

Chlorure de sodium. . . .	} ââ	0,60
Chlorhydrate d'ammoniaque.		
Eau distillée.		100

a été jetée sur du chlorure d'argent, récemment précipité, dans un tube de verre. Le tube a été plongé dans de l'eau dont la température, au commencement de l'expérience, était de + 55° et à la fin de + 20°. Au bout d'une heure, la dissolution surnageant le précipité a été essayée par les réactifs de l'argent, qui n'ont décelé aucune trace de ce métal.

Donc, à la température du corps humain, les chlorures alcalins ne peuvent dissoudre le chlorure d'argent.

Mais si, au lieu de chercher à conclure sur des essais faits avec des liqueurs purement minérales, on fait intervenir dans la réaction des éléments organiques, on arrive à des résultats différents.

Deuxième expérience.

Si, dans une solution filtrée d'albumine, on verse quelques gouttes d'une solution d'azotate d'argent, il se forme un coagulum lié et tenace, analogue à celui que produisent la plupart des acides et des sels métalliques ; mais ce coagulum se dissout sensiblement dans un excès de la solution albumineuse, et la liqueur conserve seulement une teinte opaline.

Troisième expérience.

Si, après avoir produit un coagulum par l'azotate d'argent dans une dissolution albumineuse, on ajoute quelques gouttes d'une dissolution de chlorure de sodium et que l'on agite la liqueur, le précipité se dissout immédiatement et ne se reforme plus, même au bout de plusieurs heures; la liqueur prend seulement une teinte légèrement opaline, comme dans la deuxième expérience, surtout si l'on a employé plus d'azotate que de chlorure, ce qui prouve bien, à la rigueur, que l'albumine a éprouvé un certain degré de coercion ; mais il n'y a pas là un véritable précipité, partant de composé insoluble produit.

Était-il permis d'inférer de la deuxième et de la troisième expérience que l'azotate d'argent reste soluble dans les liqueurs chlorurées en présence et sous l'influence des matières albuminoïdes ?

Cette question paraît devoir être résolue affirmativement par l'expérience suivante sur le sérum du sang.

Quatrième expérience.

Lorsque, dans le sérum du sang, on verse quelques gouttes d'une dissolution d'azotate d'argent, il se fait à la surface un léger précipité qui se dissout immédiatement et complétement en agitant le sérum ; celui-ci ne perd sensiblement de sa transparence que lorsqu'on y a versé un certain excès de la dissolution argentique.

Au bout de plusieurs heures, le précipité ne se reforme pas.

Dans cette expérience comme dans la précédente, la liqueur, laissée à l'air et à la lumière, brunit de plus en plus et abandonne souvent une très petite quantité d'un dépôt noir résultat de la réduction de l'argent par la matière organique.

L'azotate d'argent peut donc rester à l'état soluble dans les liqueurs où se trouvent simultanément de l'albumine et du chlorure de sodium ; et par conséquent sa solubilité est assurée dans les humeurs organiques qui offrent abondamment des matières albuminoïdes et des chlorures alcalins, et il ne peut pas s'y transformer en chlorure d'argent.

Bien plus, si cette dernière transformation avait lieu, l'absorption du composé argentique ne paraîtrait plus possible ; en effet, non-seulement à la température du corps humain le chlorure d'argent n'est pas soluble dans les dissolutions chlorurées pures, mais il ne l'est pas non plus dans les dissolutions albumineuses chlorurées et dans le sérum, comme le prouve l'expérience suivante, contre-épreuve des exp. 3 et 4.

Cinquième expérience.

Du chlorure d'argent, récemment précipité, a été laissé en contact pendant vingt-quatre heures avec une solution albumineuse chlorurée, avec du sérum du sang, et jamais il n'a été possible de redissoudre aucune parcelle de ce précipité.

Pour chercher la preuve que les matières albuminoïdes sont la cause de la solubilité de l'azotate d'argent dans les liqueurs chlorurées ou salino-alcalines, j'ai fait une expérience qui me semble concluante, et que voici :

Sixième expérience.

Du sérum ayant été privé d'albumine par la coagulation à l'aide de l'acide azotique, la liqueur décantée a été traitée par l'azotate d'argent qui l'a précipitée aussitôt. Un excès du sérum privé d'albumine ne redissout pas le précipité.

Si au sérum privé d'albumine, on ajoute du sérum ordinaire, en versant dans le mélange quelques gouttes d'une solution d'azotate d'argent, on voit se produire les mêmes phénomènes que dans la quatrième expérience.

Enfin si, dans une solution d'albumine de blanc d'œuf, on détermine un précipité par l'azotate d'argent, et si l'on ajoute du sérum privé d'albumine, on reproduit les phénomènes notés dans la troisième expérience.

J'ai recherché ensuite si le précipité formé par l'azotate d'argent dans les solutions albumineuses ne se dissout que sous l'influence des chlorures alcalins, si d'autres sels à base alcaline ou les alcalis puissants seuls ne jouiraient pas des mêmes propriétés, et je suis arrivé aux résultats suivants :

J'ai expérimenté d'abord sur les sels qui existent abondamment dans les humeurs organiques à côté des matières albuminoïdes.

Le phosphate de soude dissout le précipité albumino-argentique un peu moins que les chlorures alcalins.

Le sulfate de soude le dissout un peu moins encore.

Les carbonates de soude et de potasse le dissolvent presque autant que les chlorures alcalins.

Enfin, la potasse, la soude et l'ammoniaque dissolvent entièrement le précipité, et la liqueur devient incolore et transparente.

Ainsi, les humeurs organiques possèdent, non pas exclusivement dans les chlorures, mais simultanément dans leurs éléments salins et albuminoïdes des réactifs susceptibles de transformer l'azotate d'argent, et probablement tous les autres composés de ce métal, en une combinaison soluble et absorbable, autre que le chlorure d'argent ou un chloro-argentate alcalin.

En outre, les matières albuminoïdes impriment aux dissolutions argentiques des caractères spéciaux et dénaturent leurs réactions ordinaires ; de telle sorte que tous les réactifs de l'argent, hors l'acide sulfhydrique qui acquiert par cela même, dans l'espèce, une grande valeur, au lieu de fournir les précipités colorés si caractéristiques, éclaircissent généralement la dissolution et semblent augmenter la solubilité du composé argento-protéique.

En effet, des dissolutions d'azotate d'argent,
Dans le sérum du sang,
Dans l'eau albumineuse additionnée de chlorures sodique et ammonique,
Dans l'eau albumineuse seule employée en grand excès.
ont présenté, dans l'essai des réactifs de l'argent, les caractères suivants :

Acide chlorhydrique (1). . .	Pas de précipité, les liqueurs s'éclaircissent.
Chlorures alcalins.	id. id.
Phosphate de soude. . . .	id. id.
Arséniate de potasse. . .	id. id.
Acide arsénieux.	id. id.
Ferro-cyanure de potassium.	id. id.
Ferri-cyanure de potassium.	id. id.
Potasse, soude, ammoniaque (2).	id., les liqueurs s'éclaircissent beaucoup.
Carbonates alcalins. . . .	id. id.
Cyanure de potassium. . .	id. id.
Chromate de potasse. . . .	id., les liqueurs jaunissent.
Iodure de potassium. . .	Léger trouble peu durable, qui disparaît par un excès de précipitant.
Lames métalliques, zinc, fer, étain, cuivre.	Pas de réduction de l'argent ; seulement au bout de plusieurs heures, il se dépose sur les lames métalliques des flocons albumineux brunâtres, qui sont peut-être un albuminate d'oxyde d'argent ?
Acide sulfhydrique, sulfhydrate d'ammoniaque.	Coloration brun noirâtre instantanée. Ce réactif est d'une grande sensibilité.

En résumé, que se forme-t-il dans les circonstances précitées ?

(1) C'est ainsi du moins que les choses se sont passées dans la majorité des expériences; dans quelques-unes cependant il s'est formé un précipité ressemblant plutôt à la coagulation de l'albumine par l'acide chlorhydrique qu'à la formation d'un chlorure d'argent. Cette réaction négative serait contradictoire du fait avancé par M. H. Rose, savoir, que la présence des substances organiques non volatiles n'empêche pas l'acide chlorhydrique de précipiter les dissolutions argentiques.

(2) M. H. Rose a déjà appelé l'attention sur ce point : que la présence de matières organiques empêche beaucoup d'oxydes d'être précipités par les alcalis de leurs dissolutions qui, sans cette circonstance, les précipiteraient complétement.

Puisque nous voyons l'azotate d'argent rester soluble dans un grand excès d'eau albumineuse, et cette solution offrir tous les caractères réactionnels de celles qui sont additionnées de chlorures ou d'autres sels alcalins, rien n'autorise à admettre que les chlorures entrent comme éléments dans la combinaison qui a pris naissance ; on peut établir seulement qu'ils en favorisent la solubilité.

Restent deux hypothèses :

Il s'est formé un composé binaire d'albumine et d'oxyde d'argent ;

Ou bien, une combinaison triple des deux éléments du sel et de l'élément protéique, un azoto-albuminate ou un azotate double d'albumine et d'argent.

Cette dernière manière de voir est probablement la plus logique (1) ; elle est susceptible d'être généralisée pour l'interprétation des réactions qui s'établissent entre la plupart des sels métalliques et les matières albuminoïdes, et applicable enfin à l'explication du mode d'absorption et d'action physiologique de ces mêmes sels, ainsi que je l'ai fait pressentir au commencement de ce mémoire.

Donc, au contact des matières albuminoïdes et de l'azotate d'argent, il se forme un composé soluble dans une grande quantité d'eau, dont les sels alcalins et particulièrement les chlorures favorisent la solubilité, qui se comportent autrement que les sels d'argent ordinaires avec les réactifs, même avec l'acide chlorhydrique et les chlorures, composé qui joue un rôle essentiel et capital dans l'action chimico-physiologique des préparations d'argent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

6. *Examen critique de la médication émolliente et des remèdes béchiques et pectoraux ;* par M. le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux Écoles de médecine navales.

(L'Union médicale, N° 94; 9 août 1851.)

La thérapeutique, malgré les riches acquisitions qu'elle a faite

(1) C'est aussi l'opinion de M. Lassaigne qui, ayant analysé ce composé, l'a trouvé formé de :

Albumine.	84,5
Azotate d'argent. . . .	15,5
	100,00

(*Journal de chimie médicale*, 1840.)

en méthodes rationnelles, a encore ses procédés empiriques et ses préjugés.

Les procédés empiriques, à défaut d'arguments logiques, ont du moins en leur faveur l'expérience brute ; entre le fait de leur application et le bénéfice qu'en retirent les malades on ne veut pas chercher, ou même on ne peut pas trouver une relation quelconque de cause à effet ; le pourquoi, le comment ils agissent intéresse peu ou reste ignoré ; s'ils guérissent, le but est atteint, cela suffit.

Mais les préjugés qui n'ont pour eux ni les arguments rationnels, ni les preuves expérimentales, qui n'ont pour étais que des observations superficielles ou spécieuses, ou décidément erronées, les préjugés sont attaquables partout, et dans les sciences médicales plus que partout ailleurs.

La médication émolliente nous offre un exemple de ces opinions préconçues qui ne peuvent pas se soutenir en face d'une réflexion sérieuse, d'une observation attentive. Qu'est-ce, en effet, qu'un médicament émollient ? Celui qui assouplit, détend, relâche, ramollit les tissus ; mais s'il agit ainsi, c'est au contact des tissus, ce n'est pas à distance ; il faut donc pour qu'un médicament ramollisse, *émolliente* une partie, qu'il agisse localement sur elle ; l'action émolliente est essentiellement une action topique ; la poursuivre au delà c'est courir après des chimères ; c'est compter sans les modifications que la digestion et les opérations mystérieuses qui s'accomplissent au sein des vaisseaux font subir aux substances absorbées. Il était bon du temps de l'école de Barbier de suivre la molécule émolliente depuis le point d'application jusqu'aux voies les plus reculées de l'absorption, jusqu'aux derniers canalicules capillaires, intacte dans sa nature, impressionnant selon un mode constant et uniforme tous les systèmes organiques, et les relâchant comme les surfaces tégumentaires d'où elle était partie : étranges spéculations qui faisaient de l'économie un véritable crible que traversaient sans mutations les substances médicinales. Il n'est au monde qu'un seul émollient, l'émollient par excellence du reste, l'eau, qui puisse ainsi s'infiltrer en nature dans tout l'organisme, et encore non pas en telle quantité qu'elle puisse sensiblement atténuer et délayer la masse des humeurs en circulation et accroître l'imprégnation humide des solides, car tout excès de liquide qui, en s'ajoutant à la quantité normale de sang, tendrait à gêner le système circulatoire du cœur, des poumons et du foie, est promptement exporté par les reins en rétrogradant par la veine cave inférieure.

Or, quels sont les principes auxquels les substances émollientes

doivent leurs propriétés caractéristiques? La gomme et le mucilage qui en est si voisin, l'amidon à l'état d'hydratation ou transformé en dextrine, les huiles grasses, parmi les substances ternaires non azotées ; l'albumine, la gélatine animale, la pectine, gélatine végétale, substances azotées et plus complexes. De toutes ces substances, sans exception, l'action topique est émolliente dans toute l'acception du terme ; j'en ai à dessein éliminé le sucre, parce que son action topique, loin d'avoir le même caractère, est au contraire excitante et tonique, ce dont il est bien facile de se convaincre en voyant quels sont ses effets, lorsqu'on l'applique à la surface des plaies qui tendent à la chronicité, ou lorsqu'on l'insuffle à la surface de l'œil pour hâter la résolution de conjonctivites et de kératites indolentes. Mais toutes ces substances, plus ou moins alibiles, ne passent pas en nature dans le sang, ou bien y subissent des métamorphoses qui les transforment en nouveaux produits ; il en résulte nécessairement que toute médication émolliente est limitée aux surfaces d'application, et encore si elle peut avoir pour théâtre tout le tégument cutané, de nombreux espaces du tégument muqueux lui sont absolument interdits ; ainsi, la muqueuse aérienne est inaccessible à son action, excepté dans les limites excessivement restreintes de son point d'origine ; et la muqueuse digestive elle-même, que l'on a si souvent la prétention de modifier dans toute son étendue par les émollients, présente sur certains points des bornes infranchissables à leur action topique. L'albumine et la gélatine étant digérées et absorbées dans l'estomac, et, partant, ne dépassant point le pylore, ne peuvent donc exercer aucune modification locale sur les lésions qui ont leur siége dans l'intestin. Les gommes, les fécules, les sucres, les corps gras, sont réactionnés, digérés et absorbés dans l'intestin grêle, et dans les portions inférieures de cet organe, c'est-à-dire au-dessous de leur point d'absorption, comment peut-on spéculer sur une action topique de leur part, de quelque nature qu'on la suppose? Au-dessous de la valvule iléo cœcale surtout, les médicaments émollients ne peuvent, de toute évidence, impressionner la muqueuse intestinale, que si on les fait pénétrer à l'aide de lavements par le rectum. Les entérites et les cœco-colites ne sont donc pas influençables par les boissons émollientes, toute illusion doit cesser à cet égard ; et sans discuter ici si dynamiquement les substances gommeuses, amylacées, albumineuses, etc., etc., sont utiles dans ces maladies, on peut affirmer, du moins, que ce n'est pas à titre d'agents topiques émollients.

Nous arrivons donc, en nous appuyant sur des faits de physio-

logie expérimentale qui ne sont plus contestés aujourd'hui, à reconnaître d'abord, comme principe général, absolu, que les substances émollientes n'ont et ne peuvent avoir comme telles qu'une action topique, et ensuite, comme conséquence forcée, qu'au-delà de leur point d'absorption commence pour elles une action dynamique qui n'a plus aucun rapport avec les caractères de la médication émolliente.

Je n'insisterai point ici sur leur emploi externe, mieux connu, mieux apprécié, dont les indications enfin sont chose vulgaire pour tous les praticiens. Il y aurait bien, cependant, à critiquer leur abus dans maintes circonstances; quoique l'inflammation soit l'un des éléments morbides que la thérapeutique chirurgicale ait le plus souvent à combattre, celle-ci aurait à enregistrer de nombreux mécomptes, si elle n'opposait habituellement à cette complication des lésions externes que la médication émolliente; les chirurgiens qui n'ont pas une foi exclusive dans les fomentations mucilagineuses et les cataplasmes, appellent journellement à leur aide non seulement les stupéfiants et les astringents, mais les irritants, les vésicants, les caustiques même; et quelle que soit l'idée théorique que l'on se forme de ces derniers agents, qu'ils soient révulsifs, substitutifs, stimulants ou contro-stimulants, ou perturbateurs, il n'en reste pas moins positif que l'on obtient par eux des succès que n'assurent point toujours à elles seules les émissions sanguines, et que plus souvent encore on eût vainement cherchés en entretenant, en prolongeant autour des parties malades cette humidité onctueuse et chaude des topiques émollients qui, dans certains cas, favorise plutôt qu'elle ne modère l'afflux inflammatoire; qui, dans d'autres cas, détend la fibre jusqu'à frapper d'atonie les tissus, tissus cependant auxquels il fallait laisser une force tonique capable de réagir sur les produits morbides épanchés dans leur trame, d'opérer, en un mot, la résolution.

A l'intérieur, comme à l'extérieur, tout ce qui ne sera pas touché par le médicament émollient ne sera point émollienté.

Par conséquent, l'emploi interne des substances émollientes ne sera rationnel que dans le traitement des lésions accessibles à leur action topique, c'est-à-dire que l'indication ne peut réellement être atteinte que dans les maladies du tube digestif. Or, dans toute la longueur de ce tube pris de la bouche à l'anus, les portions qui sont le siége le plus fréquent d'inflammation, ce sont la cavité buccale et les environs de la valvule iléo-cœcale. Les maladies de la cavité buccale sont variées, nombreuses, tout le monde le sait; et l'on comprend à merveille combien il est facile

de mettre toute la surface de cette cavité en rapport avec quelque topique que ce soit. Mais l'affirmation qui vient d'être énoncée sur la fréquence des lésions inflammatoires de la portion inférieure de l'intestin, rencontrera peut-être des contradicteurs; je la maintiens pourtant, car je la crois conforme aux faits. D'abord, l'inflammation de l'estomac, la gastrite, n'est plus considérée comme une maladie fréquente que par les gens du monde, et non par les médecins; à part la gastrite causée par un poison irritant, *gastritis à veneno*, comme l'appelaient parfaitement les anciens, la gastrite aiguë spontanée est incontestablement l'une des maladies qui s'observent le plus rarement dans la pratique; et, pour mon compte, je déclare que, depuis que j'ai acquis l'instruction et l'expérience nécessaires pour établir un diagnostic sérieux, je ne me rappelle avoir observé qu'une seule fois une affection qui méritât par la netteté et la franchise de ses symptômes le nom de gastrite aiguë; elle s'était développée chez un individu enclin aux excès de table, et usant largement, sans aller jusqu'à l'ivresse, des boissons alcooliques. L'entérite aiguë est beaucoup moins rare; elle peut se localiser sur toute l'étendue de l'intestin grêle, mais il est plus ordinaire de la voir siéger dans l'iléon; par exemple, c'est généralement à partir de l'iléon que commencent les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, lésions dont le point de départ, le foyer anatomique, si l'on peut ainsi dire, semble être à la valvule iléo-cœcale, d'où elles s'irradient en deçà et au-delà, toujours moins nombreuses à mesure qu'elles s'éloignent de leur localisation première. Quant à la cœco-colite, à la dyssenterie, il est bien rare qu'elle s'élève au-dessus des limites supérieures du gros intestin.

Dans ces siéges d'élection des inflammations gastro-intestinales, il n'y a sans doute rien de fortuit; il faut y voir une manifestation d'une loi de l'organisme, loi toute providentielle qui assigne à la digestion, sans laquelle l'animal ne peut se soutenir, la moins irritable de toutes les muqueuses, celle de l'estomac et des portions supérieures de l'intestin grêle. L'expérience le démontre; nous faisons entrer dans notre alimentation des substances telles que le vin, l'eau-de-vie, des condiments âcres, des sels, des épices, qui, appliqués sur une muqueuse extérieure, sur une plaie, sur la peau même, détermineraient des phénomènes d'irritation irrécusables; et l'estomac s'en accommode avec une tolérance parfaite. Et ce n'est pas seulement dans les conditions physiologiques, dans les circonstances ordinaires que s'observe cette force de résistance de l'estomac contre les substances irritantes; dans les empoisonnements par les corrosifs, il y a dans ce viscère des

lésions anatomiques bien plus profondes que celles de la gastrite spontanée la plus aiguë; et pourtant les premières, quand elles ne sont pas portées au point de donner la mort, guérissent bien plus vite que les secondes, et surtout, fait très important, elles sont loin de susciter des phénomènes généraux aussi intenses que les inflammations spontanées des voies digestives, preuve que la lésion tangible de leurs muqueuses n'est pas toute la maladie.

C'est donc parce que la muqueuse gastro-intestinale est beaucoup moins irritable que ne l'avaient prétendu Broussais et ses sectateurs, qu'elle résiste à l'aggression des principes irritants de l'alimentation de l'homme sain, et qu'elle supporte l'action topique de principes médicamenteux dont les propriétés irritantes sont manifestes sur d'autres parties du tégument interne ou externe. Ainsi la même loi protège et la digestion de l'aliment, et la digestion du médicament.

Donc, lorsque la muqueuse gastro-duodénale est saine, et c'est comme je viens de le dire, le cas le plus fréquent, quelles que soient d'ailleurs les localisations anatomiques d'une maladie et ses manifestations symptomatiques, le département le plus important de la muqueuse du tube digestif, celui où s'opèrent les plus nombreuses et les plus nécessaires des élaborations digestives, reste en possession de son aptitude, de sa capacité fonctionnelle, et peut accomplir la digestion de l'aliment et la digestion du médicament; il le peut, sous la réserve toutefois d'un certain degré de trouble dans la première, en vertu de la solidarité qui unit tous les grands appareils d'organes, et, par contre, d'un excès d'activité dans la seconde, en vertu aussi d'un accroissement de tolérance médicamenteuse qui semble incomber à l'organisme dans l'état pathologique.

Après avoir reconnu cette capacité fonctionnelle, permanente des organes digestifs, et la rareté de l'inflammation dans certaines de leurs parties, voyons ce qu'il adviendra des substances émollientes quand elles arriveront dans l'estomac. Si elles sont azotées, albumine ou gélatine, elles y seront digérées et absorbées; si elles ne contiennent pas d'azote, elles franchiront le pylore, mais pour être promptement digérées et absorbées dans le duodénum et le jéjumum. De sorte que, si vous administrez des boissons albumineuses, vous n'obtiendrez d'effet émollient que dans l'estomac; si vous avez prescrit ces boissons dans l'intention d'agir localement sur les intestins dans les cas d'entérites ou de cœco-colite, vous resterez fort loin du but que vous vouliez atteindre; vous n'aurez point médicamenté votre malade, vous

l'aurez nourri. Si vous recourez aux substances non azotées, aux tisanes féculentes, mucilagineuses, gommeuses, aux liquides sucrés, aux émulsions huileuses, leurs principes : amidon, mucilage, sucre, corps gras, seront digérés et absorbés presque en totalité dans les portions supérieures de l'intestin grêle, et si la lésion que vous voulez modifier par un agent topique est au-dessous de leur point d'absorption, ce qui sera le plus ordinaire, le but que vous aurez poursuivi sera encore imaginaire, et vous aurez, dans la majorité des circonstances, non pas médicamenté, mais nourri votre malade, car tous ces principes ternaires sont bien plus des aliments que des médicaments.

Cette manière du juger les émollients, si contradictoire avec les errements encore suivis en thérapeutique, repose cependant sur des travaux qui commencent à dater dans la science et qui sont dus à des physiologistes et à des chimistes dont l'autorité n'est pas récusable. Mais si l'on ne peut plus soutenir que les substances émollientes aient une action dynamique analogue à leur action topique, il ne faut pas décourager ceux qui plaçaient en elles tant d'espérances, et nous leur dirons quels sont les services, un peu plus restreints peut-être au point de vue pharmacologique pur, qu'ils doivent en attendre et qu'ils obtenaient souvent à leur insu. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

7. *Recherches cliniques sur l'action physiologique et thérapeutique de l'atropine*; par le docteur F. Lusanna (1).

(L'Union médicale, N° 77, 78 et 79 ; 1er, 3 et 5 juillet 1851.)

Depuis plusieurs mois, j'emploie, tant à l'hôpital que dans ma pratique privée, le principe actif de la belladone ou atropine, dans le traitement de diverses formes de névroses. Les effets heureux que j'en ai obtenus, la facilité avec laquelle on peut administrer cet alcaloïde, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et la puissance de ses effets sur l'organisme humain, m'engagent à porter à la connaissance des médecins les résultats thérapeutiques auxquels je suis arrivé.

On sait que l'atropine, entrevue par Brandes, a été extraite pour la première fois, en 1833, par Geiger et Hesse, bien préparée par Mein dans la même année, décrite par Liebig comme une substance assez vénéneuse, employée à l'extérieur par des

(1) Extrait de la *Gazetta medica Lombarda*.

chirurgiens anglais, hollandais et allemands dans diverses maladies oculaires : par Ochler, dans la cataracte centrale; par M. Fl. Cunier contre l'occlusion de l'iris, et en collyre contre la hernie de cette membrane ; par M. Bérard comme moyen de dilater la pupille avant l'opération de la cataracte. Depuis, Quaglino et Manzolini ont fait avec cette substance des expériences toxicologiques sur les animaux. M. Brookes s'en est servi pour traiter, par des applications extérieures, une névralgie faciale, et plus récemment enfin MM. Bouchardat et Stuart Cooper ont consigné, dans un mémoire fort intéressant, le résultat de leurs expériences sur les chiens et sur les lapins et de leur administration chez l'homme dans cinq cas : à l'extérieur, dans un cas de chorée, dans un cas de névralgie intercostale et dans un cas de splénalgie ; et à l'intérieur, dans un cas d'aphonie et dans un cas de convulsions cataleptiformes.

Les expériences et les recommandations de ces deux derniers observateurs m'avaient d'abord rendu très timide dans l'emploi de ce médicament. En effet, ils avaient déclaré l'atropine une substance extrêmement active, qui pouvait produire les effets toxiques les plus graves, à la dose de 1/10e de grain. Je commençai, dans mes expériences, par 1/30e de grain et je fis répéter cette dose toutes les trois ou quatre heures. La susceptibilité de la personne malade que je traitais ainsi m'empêcha d'aller au-delà de 1/10e de grain à la fois; mais la régularité et la constance de l'action de l'atropine et la tolérance considérable, que je ne tardai pas à reconnaître dans l'organisme, m'enhardirent et j'en vins à donner peu à peu à mes malades jusqu'à 1/3 de grain, cinq fois par jour. Chose surprenante! c'étaient les premières doses seulement qui produisaient les effets narcotiques les plus tranchés. Par la suite, et même en élevant la dose du remède, ces effets n'étaient plus aussi prononcés, bien que l'action thérapeutique fût dans toute son intensité. J'ai donc employé assez largement l'atropine, pour pouvoir dire mon opinion sur cette substance ; et si j'ai un regret, c'est que, pensant avec M. Bouchardat que l'atropine prendra avant peu une place importante dans la thérapeutique, je vois, pour le moment, dans le prix malheureusement fort élevé de cette substance, un obstacle véritable à son emploi. Je ne doute pas cependant que la science ne parvienne à triompher de cet obstacle, lorsqu'il s'agit d'une substance à extraire d'un végétal aussi répandu et aussi abondant.

Ceci posé, je ferai connaître brièvement quelques-uns de mes faits les plus importants :

Épilepsie datant de quatorze années ; emploi de l'atropine à l'intérieur ; grande amélioration.

Obs. I. — Une femme de 35 ans, au tempérament nerveux et impressionnable, menant une vive religieuse et ascétique. Après de violents chagrins, elle fut prise, pour la première fois à l'âge de 19 ou 20 ans, d'un violent accès épileptique ; et depuis quatorze ans, ces accès se reproduisaient au moins une fois par mois ; elle avait, en outre, quelques phénomènes hystériques et la menstruation était peu abondante. Les accès épileptiques étaient des mieux caractérisés ; elle tombait instantanément par terre sans connaissance, ses yeux étaient fixes, la face violette, la bouche couverte d'une écume sanglante ; elle entrait ensuite dans des convulsions terribles de violence et de fréquence. Dans les derniers temps, ces accès s'étaient répétés jusqu'à trois ou quatre fois par jour, et pendant cinq ou six jours de suite. Cette maladie avait imprimé son cachet particulier sur le visage de cette pauvre femme, qui avait une démarche lente et un aspect de langueur et d'imbécilité ; elle avait en outre, une exaltation ascétique, des accidents hystériformes avec la sensation de boule au pharynx et des douleurs névralgiques aiguës dans la face.

Le 23 mars 1850, je commençai l'usage de l'atropine. J'en fis dissoudre un 1/2 grain dans un peu d'alcool et je le lui fis prendre par gouttes dans une cuillerée d'eau, dans un intervalle de temps de quarante-huit heures. Vingt-quatre heures après le commencement du traitement, déjà la vue était troublée, sans dilatation de la pupille, mais celle ci était peu mobile. Le 25 au soir, c'est-à-dire quand elle eut pris ce 1/2 grain entièrement, la vue était tellement troublée que la malade ne pouvait reconnaître personne. Ce jour-là, elle eut quelques indices d'un accès épileptique, mais tout se borna à des tremblements convulsifs qui cessèrent rapidement.

Le 26, je commençai l'administration d'une nouvelle dose de un 1/2 grain, *ut supra* ; mais je ne la terminai que le 29. Il y eut non-seulement des troubles de la vue, de l'incertitude dans la marche, de la sécheresse de la langue et de la bouche, de la dysphagie, des bourdonnements d'oreille, mais perte de la mémoire et de l'incohérence dans la parole. Néanmoins la céphalée hystérique et les douleurs qu'elle éprouvait dans l'hypochondre droit, depuis plusieurs années, avaient disparu. J'interrompis le médicament. Le 30 et le 31, les effets narcotiques se dissipè-

rent graduellement ; la pupille n'éprouvait encore qu'une légère oscillation, sous l'influence de la lumière.

Le 2 avril, tous les troubles ayant disparu, je repris l'atropine à la dose de un 1/2 grain pour deux jours ; mêmes phénomènes. Le 8, je portai la dose à 1 grain, les phénomènes étaient plus marqués, et il y eut un peu de fièvre, que je combattis par 1 once de crême de tartre ; 1 grain et 1/2, le 16. La malade gardait le lit, à cause des vertiges, de l'incertitude dans la marche, des troubles dans les idées et dans la vue ; l'iris était immobile ; dysphagie : sécheresse de la gorge et de langue.

Peu à peu, je finis par lui en avoir fait consommer un 1/2 scrupule (60 centigrammes), et, du 17 au 22 avril, elle prit 3 grains en cinq jours. Deux jours après, la pupille commença à se dilater, et le troisième l'iris avait disparu. Peu à peu aussi, lorsque le médicament eut été interrompu, l'iris se contracta lentement et par des oscillations successives, dans l'intervalle d'une semaine ; les douleurs de l'hypochondre et les névralgies n'avaient pas reparu.

Le 18 juin, les accès d'épilepsie n'avaient pas reparu depuis trois mois, bien que le traitement eût été interrompu depuis deux ; dans l'intervalle, elle avait eu quelques phénomènes hystériques et quelques accidents névralgiques. Ce jour-là je lui remis une solution de 1 grain d'atropine dans un demi-scrupule d'alcool pour deux jours. Dans la soirée du lendemain, ayant pris, d'un seul trait, le quart de cette solution alcoolique, la malade perdit connaissance et fut prise d'un délire furieux qui n'avait pas encore cessé le lendemain, mais pas d'accès épileptiques. Cette femme portait encore sur ses traits l'empreinte particulière du *morbus sacer* (1).

Névralgie des branches maxillaires de la cinquième paire du côté droit ; emploi de l'atropine par la méthode endermique ; guérison rapide.

Obs. II. — Une femme de 35 ans, mal réglée, affectée d'une hydrophthalmie de l'œil droit, déjà atteinte, quelques années auparavant d'une violente névralgie de la face, fut prise, le 8 mai 1850, d'une douleur très vive sur le trajet du nerf sous-orbitaire droit, douleur irradiant dans la joue, dans les gencives,

(1) Après sept mois et demi d'interruption et de santé parfaite, cette femme a été reprise de ses accès à la suite de menaces qui lui furent faites par un de ses voisins. (*Nouvelle communication de M. Lusanna.*)

dans la région parotidienne, dans les dents, dans les lèvres et dans la langue. Les douleurs, vives le jour, étaient affreuses pendant la nuit. Deux dents étaient cariées. Je proposai leur extraction, ce que la malade refusa, et je conseillai des applications d'éther sulfurique sur la joue douloureuse. Ces applications calmèrent momentanément les douleurs, mais elles ne tardèrent pas à reparaître. La malade prit en vain un purgatif, se fit saigner; enfin, dans la nuit du 13, les douleurs devinrent telles que je me décidai à appliquer un vésicatoire à la région mastoïdo-parotidienne droite. Le lendemain matin, j'enlevai l'épiderme et je le pansai avec une pommade contenant environ un sixième de graine d'atropine. Ces applications furent encore renouvelées deux fois dans la journée. Deux heures après la première, il y avait déjà un calme presque complet; la journée et la nuit furent bonnes, le lendemain, comme il y avait quelques élancements sur le trajet du nerf sous orbitaire et maxillaire externe, je fis faire une autre application de pommade, avec une dose double d'atropine. Cessation complète des douleurs. Le lendemain, la malade permit l'extraction des deux dents cariées. La guérison ne s'est pas démentie.

Épilepsie datant de l'enfance, emploi de l'atropine à l'intérieur; grande amélioration.

Obs. III. — Le 18 avril 1850, on m'apporta à l'hôpital, dans un état apoplectiforme, un homme de 47 ans épileptique depuis son enfance, et qui présentait trois fois par mois au moins, et quelquefois de trois à cinq fois par jour, de violents accès épileptiques, avec convulsion générale, perte complète de connaissance. Ces accès multipliés avaient laissé de profondes traces dans l'aspect extérieur et dans l'état moral de cet individu, qui se livrait en outre à l'abus des liqueurs alcooliques; deux jours auparavant ce malheureux avait eu, dans la journée trois ou quatre accès épileptiques, à la suite desquels il était tombé dans un sommeil apoplectiforme, qui durait depuis lors, et qui inspirait les craintes les plus sérieuses. Ce fut à grand' peine que, avec des saignées, des purgatifs, nous parvînmes à le tirer de cet état.

Ce n'était certes pas un cas favorable pour l'emploi de l'atropine, je résolus cependant de l'employer. Je prescrivis, le 6 mai, un demi-grain d'atropine, dissous dans 60 centigrammes d'alcool, à prendre par gouttes en deux jours. Le soir, la pupille était extrêmement dilatée et l'iris ne se dessinait que comme un

petit cercle noir : le lendemain matin, la pupille était moins dilatée, mais immobile. Le malade était comme enfoncé dans ses couvertures : en l'appelant, en le secouant, il finit cependant par se soulever dans son lit ; seulement il était un peu plus absorbé que de coutume, et il ne dit rien de son appétit, ce qui faisait le texte ordinaire de sa conversation. Le soir, le médicament était fini ; le malade avait mangé très peu ; il se tenait avec difficulté debout et marchait avec une espèce d'agitation convulsive ; loquacité, délire gai, discours incohérents ; pas d'état fébrile (même dose d'atropine).

Le 8 mai, dans la nuit, il eut des hallucinations, et un délire gai ; on suspendit le médicament, néanmoins toute la journée il y eut du délire et des visions, le soir il ne put se lever. La face était un peu altérée ; le malade avait mangé, il dormit un peu la nuit suivante. Le lendemain matin il avait de l'appétit, la pupille, réduite aux deux tiers de son diamètre, était immobile ; on reprit le médicament.

Le 13, la dose du médicament fut portée à un grain pour deux jours, cette fois il fut mieux supporté ; et sauf le trouble de la vue et la sécheresse et l'aridité de la langue et de la gorge, il n'y avait rien de véritablement morbide.

A partir du 18, la dose fut élevée à un grain et demi pour deux jours ; le 25, à deux grains ; le 31, à deux grains et demi ; le 6 juin, à trois grains ; bref, du 6 mai au 13 juin, dans l'espace de trente-huit jours, le malade consomma trente-quatre grains d'atropine. Dans les derniers jours, le délire avait augmenté, il était presque continu. Le malade ne savait où il était, ne disait plus une parole sensée, il était visionnaire, il marchait d'un air méditatif, ou bien en parlant et gesticulant, poursuivant des insectes fantastiques, ou bien penché vers la terre, ramassait tous les menus objets qu'il rencontrait (le médicament fut suspendu).

Jusqu'à ce moment, c'est-à-dire depuis deux mois, il ne s'était manifesté aucun accident épileptique, lorsque le 16 juin, pendant qu'il était dans la cour, on le vit vaciller et tomber, sans cri, sans convulsions, sans écume à la bouche, les membres parfaitement flexibles. Moins d'un quart d'heure après, la connaissance lui était revenue. Bien que ce fût là un accès épileptique bien modéré, en le comparant à ceux qui avaient précédé, je repris l'atropine le 21 juin, à la dose de deux grains dans 60 centigrammes d'alcool, à prendre par gouttes, en deux jours. L'appétit fut immédiatement perdu. Immobilité de la pupille ; le malade poussait des sanglots et versait des larmes ;

subdelirium; tremblement semi-paralytique des extrémités. Le 26 et le 30, je répétai la dose de deux grains. Les tremblements se calmaient. Peu d'appétit, un peu de diarrhée. Dans la nuit du 30 juin, peut être le malade avait-il pris une dose plus forte que d'habitude, il se leva en chemise et vagua dans les salles de l'infirmerie, laissant aller involontairement les urines et les matières. On interrompit le médicament.

Le 2 juillet, on reprit l'atropine à la dose d'un grain, que l'on fit dissoudre dans quantité suffisante d'acide acétique et dans 30 grammes d'eau distillée, à prendre en deux jours. Le 4, deux grains. Le 6 et le 8, deux grains et demi. Le 10, il fallut encore interrompre, les phénomènes d'intoxication solanée s'étaient encore reproduits. Dans les derniers vingt-et-un jours, le malade avait consommé seize grains et demi, ou en tout, depuis le commencement du traitement, cinquante grains et demi d'atropine.

Le 24 août, il n'y avait pas eu de nouvelle atteinte d'épilepsie (1).

Chorée avec manie; traitement par l'administration de l'atropine à l'intérieur; guérison rapide.

Obs. IV. — Homme de 40 ans, cultivateur, qui, à la suite d'accidents maniaques, fut pris de mouvements choréiques. Je lui prescrivis un demi-grain d'atropine dans 60 centig. d'alcool, à prendre par gouttes, dans les deux jours. Les effets narcotiques furent légers; et immédiatement les mouvements devinrent libres et réguliers; mais, deux jours après, la chorée reparut. Le malade prit un grain d'atropine le 6 et le 7, un autre grain le 8 et le 9. Les mouvements convulsifs allèrent se calmant de jour en jour. Vers milieu de juin, ils avaient entièrement disparu. Mais la manie, avec prédominance ambitieuse, a persisté.

Fièvre tierce traitée avec succès par l'atropine à l'intérieur.

Obs. V. — Un jeune cultivateur entra à l'hôpital le 25 juillet 1850, pour une fièvre tierce rebelle qui avait déjà récidivé deux

(1) Cet homme, après sa sortie de l'hôpital, s'abandonna de nouveau à l'usage des boissons fortes, il eut un nouvel accès le 24 septembre. On a repris l'atropine et le 16 novembre, il n'avait pas eu de nouvel accès. (*Nouvelle communication de M. Lusanna.*)

fois après avoir été traitée par le bisulfate de quinine. La fièvre durait depuis trois semaines. Le 26, après l'accès, on commença l'usage d'une solution d'un demi-grain d'atropine dans quantité suffisante d'acide acétique et dans 250 grammes d'eau distillée. Du soir au lendemain, le malade avait pris quatre cuillerées ou environ 1/24e de grain d'atropine, il y avait seulement de la pesanteur de tête, de la dilatation de l'iris, de la sécheresse de la langue et de la gorge. Le soir, la pupille était très dilatée ; diplopie ; vapeur et obscurité autour des objets, qui paraissaient quadruplés de volume ; impossibilité de se lever à cause de l'incertitude de la marche et du trouble de la vue ; aridité de la langue et de la bouche ; physionomie calme ; aspect tranquille et gaî ; pouls à 55 ; respiration à 20 ; un peu d'embarras dans la parole.

Le 28 au matin, la solution était consommée. Pupille fortement dilatée et immobile ; tranquillité du visage et de l'esprit ; loquacité folle ; pouls à 65 ; sensation d'ardeur de la bouche et de la gorge, hallucinations. L'accès fut retardé de deux heures. Le 30, dans l'après-midi, il y eut un léger refroidissement des jambes, le corps conservant sa chaleur normale, puis une chaleur générale, avec transpiration. Ce furent les dernières traces des accès.

Le 18 avril, il fallut lui faire une saignée à cause de quelques accidents de congestion cérébrale.

Fièvre tierce datant de deux mois, avec cachexie paludéenne ; traitement et guérison par l'atropine à l'intérieur.

Obs. VI. — Une paysanne de 39 ans, affectée de fièvre tierce avec symptômes de cachexie paludéenne. Le 9 juillet, à la suite de l'accès, on commença la solution (1 gramme d'atropine dans quantité suffisante d'acide acétique et 60 grammes d'eau distillée à prendre par cuillerées à café en deux jours). Après 1/16e de grain, troubles de la vue, aridité de la bouche, tremblements des jambes. A la seconde cuillerée, délire maniaque, assoupissement, pupille immobile et dilatée. L'accès parut le 11, anticipant de trois heures. On reprit lentement l'administration de l'atropine le 12 ; les effets furent bien plus supportables. L'accès parut le 13, également trois heures plustôt. Comme il y avait quelques signes d'accidents gastro-hépatiques, on donna un purgatif et on fit appliquer quelques sangsues à l'anus ; les accès manquèrent pendant quinze jours. Ils reparurent à la suite d'une mauvaise nouvelle. Le 2 août on commença une solution d'un demi-

grain d'atropine dans l'acide acétique et huit onces d'eau, trois petites cuillerées par jour. Immédiatement et sans autre traitement, la maladie fut arrêtée. Cette femme quittait l'hôpital parfaitement guérie le 25 août.

Myélite chronique; douleurs atroces calmées par l'atropine à l'intérieur.

Obs. VII. — Une femme de 70 ans, atteinte d'une maladie chronique de la moelle épinière, avec paraplégie, anesthésie de tout le corps, excepté de la tête, et douleurs atroces dans les membres inférieurs. Le 31 mai on commença l'atropine à très petite dose (demi-grain dans les quarante-huit heures). Calme immédiat; bien que la malade n'eût pris ce demi-grain d'atropine qu'en huit jours, elle n'en eût pas moins des phénomènes physiologiques très prononcés et même du délire qui se calma lentement. Le 18, nouvelle dose de demi-grain; la malade paraissait s'habituer au médicament. Le 14 un grain pris en deux jours; calme très grand. On interrompit à cause de la dysphagie, du subdelirium. Peu à peu on fut amené à lui donner 1/8e, puis 1/4 de grain à la fois. A la suite de cette dernière dose, il y eut une éruption érythémateuse à la peau, avec élévation de la température cutanée.

Épilepsie liée à des symptômes utérins, traitée sans succès par l'atropine à l'intérieur.

Obs. VIII. — Une jeune fille de 22 ans, qui a pris sans succès vingt-quatre demi grains d'atropine en cinq semaines, sans que les accès d'épilepsie aient éprouvé le moindre changement, bien que les effets physiologiques fussent aussi tranchés que dans les cas précédents. La dose avait été portée jusqu'à trois grains et demi en deux jours, avec addition de quelques grains de camphre.

1° *Mode d'administration.* — En attendant que la chimie nous fournisse des sels solubles d'atropine, l'acétate, le nitrate, le tartrate, l'hydrochlortate, etc., l'atropine ne peut être administrée que dissoute dans l'alcool, dans l'acide acétique ou dans quelque gouttes de tout autre acide peu dangereux. La solution d'atropine, surtout la solution alcoolique, a une saveur identique à celle de la quinine; mais cette saveur est faible et n'a rien de désagréable, à cause de la petite quantité d'alcaloïde qu'on y fait dissoudre. Cette teinture, pas plus que la solution acétique,

n'apporte le moindre trouble aux fonctions digestives ; elle est absorbée rapidement. Quant à l'admistration sous forme solide en poudre ou en pilules, la difficulté que l'on éprouverait à diviser exactement en 20e ou 30e de grain, la crainte de l'accumulation de l'atropine dans l'économie, doivent y faire complétement renoncer. On commence par 1/30e de grain, et l'on augmente progressivement la dose, mais en en suivant minutieusement les effets : telle est la tolérance de l'économie, que l'on peut arriver jusqu'à donner un quart de grain toutes les quatres heures, ou un grain et demi par jour.

Pour l'usage externe, dans les névralgies, il faut faire usage de la pommade d'atropine, préparée après avoir préalablement fait dissoudre l'alcaloïde dans l'alcool ou dans l'acide acétique. La dose est de 1/14e de grain ; mais on peut la porter jusqu'à 1/6e et au-delà ; on peut consommer ainsi un demi grain et même un grain d'atropine en vingt quatre ou quarante-huit heures. Je ne l'ai jamais employée qu'après avoir dépouillé la peau de son épiderme ; mais mon ami, le docteur Crosio, a guéri une névralgie de la cinquième paire avec une pommade d'atropine employée en frictions sur la peau (12 grammes d'axonge pour 15 centigrammes d'atropine dissoute dans l'alcool à 36° ; gros comme un pois de cette pommade, ou 1/8e de grain en frictions toutes les trois heures) ; seulement, la malade éprouva des troubles considérables dans la vue pendant quelques jours.

2° *Effets physiologiques.* — Je vais les passer en revue dans leur mode d'apparition et d'exacerbation sous s'influence de l'action continuée de l'atropine.

A. *Dilatation et immobilité de la pupille.* — Entre quatorze et et vingt minutes, après l'ingestion d'une petite dose d'atropine (1/24e ou 1/30e de grain) le premier effet et le plus constant qui se produit, est la dilatation énorme de la pupille. Quand on n'examine pas le malade à cette époque, mais seulement lorsqu'il en a déjà pris d'autres et de nouvelles doses, de manière que l'action de l'atropine se fait sentir plus énergiquement sur le système nerveux, on n'observe plus le même phénomène, mais bien une immobilité complète de l'iris dans sa dilatation naturelle. Suspend-on l'alcaloïde, à mesure que se calment ses effets, on voit reparaître et se prolonger longtemps la dilatation de la pupillle. C'est un spectacle curieux que de voir comment, à mesure que la pupille recouvre sa mobilité, elle commence à se contracter par de légères oscillations, sous l'influence d'une lumière vive, et se dilate ensuite dans l'ombre, tandis que dans le commencement et à mesure que le traitement marche,

la pupille, qui devient de plus en plus immobile, se rapproche de la dilatation naturelle des deux tiers du diamètre iridien. La dilatation de la pupille est le dernier et le plus lent phénomène à disparaître ; on le rencontre encore huit jours et plus après la suspension du traitement ; le retour de la mobilité indique le premier que les effets toxiques de cette solanée sont en voie de disparition.

B. *Troubles de la vue.* — Les objets semblent d'abord nager dans une vapeur blanchâtre : les contours ne sont plus nettement arrondis ; on ne reconnaît plus les personnes ; il est impossible de lire ou d'écrire. Augmente-t-on la dose du médicament, les ténèbres et le voile obscur s'épaississent autour des objets ; cela peut arriver jusqu'à la perte complète de la vue. Chaque nouvelle prise d'atropine a un effet subit et marqué sur la diminution de la faculte visuelle ; aussi les troubles de la vue disparaissent-ils assez rapidement. Un jour ou deux après la cessation du médicament, il n'en reste plus de traces.

C. *Troubles de l'intelligence.* — D'abord c'est une langueur et une lenteur de l'intelligence; l'individu paraît distrait et étonné ; les idées et les réponses sont lentes, peu judicieuses, indifférentes. Plus tard, le malade est en proie aux vertiges et à une confusion dans les idées, dont il tire encore de temps en temps quelque pensée volontaire ou quelque réponse juste, comme quelqu'un qui est dans une demi-ivresse. Dans un seul cas, j'ai vu avec ce trouble de l'intelligence, une douleur de tête qui a persisté quinze jours, alors que tout le reste des phénomènes morbides avait disparu ; mais peut-être ce phénomène était-il étranger à l'action de l'atropine , car la malade l'avait déjà présenté dans le cours de ses accès intermittents ; et de plus, ce phénomène avait complétement manqué au plus fort de l'intoxication solanée. Je n'ai jamais vu associée à ces troubles de l'intelligence et à ces vertiges aucune sensation de pesanteur gravative sur la tête comme celle qu'accusent les malades affectés d'inflammation et d'hypérémie encéphaliques.

D. *Hallucinations de l'ouïe.* — Ces phénomènes ne sont pas, à beaucoup près, aussi communs que les précédents. Chez une épileptique, il y avait, dans les premiers jours, du susurrus et du sifflement dans les oreilles, qui allèrent toujours en augmentant. Dans un autre cas, chez une jeune fille, il y avait des tintements d'oreilles, principalement dans le silence de la nuit ; et une femme affectée de maladie de la moelle accusait un bourdonnement continu. Très probablement, dans le délire qui leur

succède, ces bruits particuliers se changent en véritables hallucinations.

E. *Hallucinations de la vue.* — A mesure que l'action toxique s'appesantit sur le cerveau, on voit survenir, en outre de la diminution de la puissance visuelle, des désordres dans les perceptions qu'elle fournit. Ces troubles sont très variables, principalement suivant la forme de délire à laquelle le malade est en proie. Ce sont des visions de personnes connues, mais en apparence étranges et défigurées ; des fantômes extraordinaires et gigantesques, avec des formes grotesques et se pressant en cohorte serrée ; de nombreux insectes noirs qui volent ou rampent autour du patient ; le sol semble tourner et avec lui les meubles et les personnes ; les objets sont doubles, entourés d'une espèce de nuage, ou seulement multipliés ou énormément amplifiés ; ainsi de suite, tout ce qu'on peut imaginer en fait d'hallucinations ridicules ou effrayantes.

F. *Anesthésie.* — Cet effet remarquable est bien plus sensible par rapport aux douleurs auxquelles les malades sont en proie que par rapport aux impressions tactiles qui sont conservées, sauf cependant qu'il a y peu de disposition à se laisser influencer par les impressions tactiles douloureuses ; ce qui confirme ce qui a été écrit par quelques physiologistes relativement à la distinction du sens du toucher et de l'impression de la douleur.

G. *Sécheresse de la bouche et de la gorge.* — Très peu de jours après l'ingestion des premières doses d'atropine, on voit paraître une sensation de sécheresse extrême vers la bouche, la langue et la gorge : c'est un phénomène constant et qui paraît d'abord seulement nerveux, puisqu'on ne constate pas une sécheresse vraiment sensible de ces parties ; plus tard, cependant, elles deviennent arides. Cet effet semble tenir à la diminution de la sécrétion salivaire, et correspondre spécialement à la demi-paralysie des muscles du pharynx, et nullement à une irritation gastrique dont il n'y a aucune trace.

H. *Perte de l'appétit.* — Le malade, qui d'abord avait un appétit très vif, ne demande plus à manger ; il finit même par avoir un dégoût pour les aliments. Avec cette aridité de la bouche et de la gorge, il n'y a pas de soif. Si l'on suspend le traitement, l'appétit reparaît plus vif que jamais, presque de la voracité.

I. *Embarras de la parole.* — A mesure que l'action de l'atropine devient plus tranchée, il se manifeste, à un plus ou moins haut degré, un embarras, une certaine difficulté, une espèce de lenteur et d'incertitude dans l'articulation des mots. M. Bouchardat a également noté, comme un des principaux effets de

l'atropine, le désordre et l'affaiblissement du centre nerveux législateur du langage articulé.

J. *Délire et stupeur*, — A la dose de 1/10° de grain au commencement du traitement, et de 1/4 de grain plus tard, et encore toutes les fois que les malades prennent une quantité d'atropine plus grande qu'à l'ordinaire, on voit survenir le délire avec lequel alterne ou auquel succède la stupeur. Le délire est constamment gai, étrange, ridicule, souvent loquace, avec oubli de tout ce qui entourne le malade, avec transport de l'imagination sur des objets et des choses lointaines et imaginaires, avec des actes, des mouvements et des discours incohérents et empreints de stupidité. Dans un seul cas, j'ai vu le délire triste et accompagné de plaintes et de désolation. Ces phénomènes, quand ils se sont montrés avec une certaine intensité, sont très lents à se dissiper ; il reste encore, pendant plusieurs jours après la cessation du médicament, un état obtus de l'intelligence, une certaine incapacité de la volonté et de la pensée.

K. *Dysphagie.* — C'est un phénomène immanquable, si l'on continue quelque temps l'usage de l'atropine. Le malade, qui avait d'abord éprouvé de la sécheresse et de l'aridité vers la bouche et vers la gorge, sent que la déglutition devient peu à peu plus embarrassée. C'est en vain que le malade contracte les muscles volontaires du cou qui servent à la déglutition ; elle n'a pas lieu, parce que les muscles constricteurs du pharynx restent presque dans l'immobilité.

L. *Rougeur de la peau.* — Dans une des observations qui précédent, la peau, très fine et très délicate, se colora d'un rouge vif un quart d'heure après l'administration de l'atropine, et le réseau veineux se montra manifestement gorgé de sang. Dans ce cas, la malade était seulement étonnée, mais non délirante : les artères battaient largement, mais plus lentement que d'habitude. Cette rougeur, semblable à celle que produit une vive insolation, ou encore à celle qui se montre sur les oreilles, sur les mains, sur le visage au moment où on passe d'un endroit très froid dans un endroit chaud, se manifesta chez cette malade à chaque fois qu'elle prit une dose du médicament, et persista de une demi heure à une heure environ. Je n'ai rien rencontré de pareil chez mes autres malades ; mais M. Bouchardat, dans un cas, a noté, à la suite de l'usage externe de l'atropine, que les joues du malade étaient rouges et animées.

M. *Torpeur et tremblements paralytiques.* — Quand on augmente les doses du médicament, et à mesure que l'économie se trouve sous le coup de l'intoxication solanée, les membres infé-

rieurs s'engourdissent, s'affaiblissent, supportent mal le corps, ou seulement sont faibles et vacillants; puis le malade est forcé de garder le lit. De temps en temps il se montre quelques tremblements passagers dans tel ou tel muscle, mais pas de crampes ou de contractions spasmodiques et douloureuses. La volonté, dans ce qui en reste encore, malgré le délire, peut disposer, jusqu'à un certain point, d'un reste d'irritabilité dans les divers muscles, qui obéissent d'une manière languissante, mais régulièrement cependant, à son commandement; et alors que le sentiment et la conscience de la volonté sont complétement abolis avec les mouvements musculaires, il y a des mouvements automatiques sous forme de carpologie, ou même des convulsions. Ces derniers phénomènes se montrent, celles ci lorsque tout d'un coup et dès les premières doses, on a administré l'atropine en assez grande quantité pour amener rapidement la perte de la volonté et de la conscience, sans avoir soustrait lentement au système musculaire son irritabilité propre; celle là, quand on a conduit graduellement le malade aux doses élevées. C'est là une distinction d'une haute importance physiologique : le premier cas est celui des empoisonnements rapides et toxiques par la belladone, avec phénomènes convulsifs ; le second cas est celui de son action médicamenteuse lente et mesurée.

N. *Paralysie des sphincters du rectum et de la vessie.*— Ce phénomène traduit le plus haut degré auquel puisse atteindre l'emploi médicamenteux de l'atropine. Dans un cas, à deux reprises différentes, j'ai vu paraître la diarrhée involontaire à la dose de un grain et demi par jour ; et ayant augmenté un peu la dose, il est survenu une perte involontaire des matières fécales et des urines.

Chez tous mes malades, ou peut s'en faut, le respiration, la circulation et la calorification ont conservé leur régularité. Néanmoins, j'ai observé une légère exaltation de la chaleur chez une de mes malades, mais peut-être cela se liait-il à des accès fébriles intermittents dont elle avait été atteinte antérieurement. De même, chez une autre malade, j'ai vu la température de la peau s'élever au moment où la peau rougissait ; le pouls semblait aussi s'accélérer à ce moment. Somme toute, si l'atropine influence la calorification, elle ne le fait qu'en l'augmentant.

Tel est l'ensemble des phénomènes physiologiques déterminés par l'atropine, phénomènes qu'il est possible de conduire d'une manière rigoureuse et graduée, jusque et sans atteindre l'action toxique. Rien de plus curieux que la facilité avec laquelle on voit disparaître les effets physiologiques de ce médi-

cament : en quelques heures, il n'y a plus trace des troubles de la contractilité ; et, dans la journée, on voit peu à peu disparaître les autres phénomènes, dans l'ordre inverse de celui dans lequel il se sont produits. La perte de mobilité de la pupille et sa dilatation sont les derniers et les plus lents phénomènes à disparaître. Ajoutons que, pendant quelques jours, lorsque la dose du médicament a été assez élevée, on voit les fonctions cérébrales conserver encore de la lenteur et du trouble dans leur coordination.

Pour ma part, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer des phénomènes vraiment alarmants de l'action de l'atropine. Cependant, comme cela est arrivé à d'autres médecins, et comme il est important de connaître un moyen à l'aide duquel on puisse contrebalancer les effets toxiques, je dois dire que ce que j'ai vu me porte à penser, avec M. Bouchardat, que le vin est le principal et le meilleur antidote de l'empoisonnement par l'atropine. Toutes les fois que je permettais du vin à l'épileptique qui fait le sujet de l'observation III, quelques instants après le délire se calmait, et la nuit était assez tranquille ; il était même nécessaire quelquefois de lui en donner un peu avant de manger, pour que la déglutition des aliments solides se fît avec moins de difficulté. Dans un autre cas, j'ai dû, pour tranquilliser la famille qu'alarmait l'apparition des phénomènes physiologiques dus à l'atropine, permettre l'usage du vin. Sous son influence, les phénomènes se calmaient de la manière la plus évidente. La mère de la malade, dans les moments où elle voyait augmenter notablement le délire et le trouble des idées, s'empressait de lui donner quelques gouttes de vin ; c'est ainsi que j'ai pu, chez cette jeune fille, élever la dose de l'atropine jusqu'à près de deux grains par jour, sans avoir, chez elle, à beaucoup près, des phénomènes aussi tranchés que ceux que j'observais chez d'autres, avec des doses de médicaments bien plus faibles. (Obs. VIII.)

La plupart des phénomènes physiologiques produits par l'atropine sont le résultat de l'action de cette substance sur le centre cérébro-spinal. Suivant toutes les probabilités, c'est le cervelet qui ressent le premier et le plus directement l'action de l'atropine ; et, dans cet organe, la partie qui correspond aux sens de la vue et de l'ouïe, au langage et à la pensée. Puis vient le système spinal, les muscles radiés de l'iris, les constricteurs du pharynx, les sphincters, et la tonicité et l'irritabilité de tout le système musculaire.

3° *Effets thérapeutiques.* — Quelles sont les maladies dans lesquelles l'atropine paraît plus particulièrement indiquée? Jus-

qu'ici, les cas qui m'ont paru le plus favorables à son emploi sont l'épilepsie centrique ou cérébrale, les névralgies, la chorée et les fièvres intermittentes.

J'ai eu deux fois occasion de traiter, par l'atropine, la véritable épilepsie centrique; dans un cas, elle datait de l'enfance, et le sujet avait plus de cinquante ans; dans un autre, elle datait de quatorze ans. Or, ces deux cas sont ceux qui m'ont fourni les résultats les plus remarquables. Dans l'un d'eux, six mois se sont écoulés sans qu'il soit survenu un seul accès; dans l'autre, trois mois et demi après le commencement du traitement, il n'y avait pas eu encore de rechûte.

Si l'atropine a eu des succès dans l'épilepsie centrique, cérébrale ou idiopathique, elle a au contraire échoué dans l'épilepsie excentrique, réfléchie ou symptomatique, celle qui résulte d'une maladie qui a son siége dans un organe intérieur autre que le cerveau. C'est ainsi que, chez une jeune fille atteinte d'épilepsie de ce genre, j'ai employé l'atropine sans profit, à une dose très élevée. Il va sans dire que cet alcaloïde ne saurait avoir aucun succès dans les cas d'altération matérielle du centre cérébro-spinal ou de ses enveloppes, autrement que pour calmer quelquefois les douleurs.

La chorée me paraît encore une maladie dans laquelle on peut essayer avec succès l'atropine. M. Bouchardat a réussi, dans un cas de ce genre, en employant le médicament à l'extérieur. J'ai réussi de même dans un cas, en l'employant à l'intérieur.

Mais c'est surtout dans les névralgies que je ne saurais trop la recommander; les applications locales d'atropine m'ont paru produire un calme que j'étais loin d'avoir obtenu à l'aide d'autres narcotiques, avec l'opium, la jusquiame et l'éther sulfurique. M. Bouchardat et M. Crosio ont traité également avec succès, par ces applications locales, d'autres névralgies faciales, intercostales, etc.

Enfin j'appellerai l'attention sur les résultats que j'ai obtenus de l'atropine, dans le traitement des fièvres intermittentes et dans des cas non douteux de cette maladie; car tous deux dataient de deux mois et avaient résisté au sulfate de quinine. Or, il m'a suffi d'un demi-grain d'atropine pour guérir la maladie, et à un huitième, un quatorzième même de grain, il y avait une modification tellement évidente dans les accès, qu'il serait bien difficile de méconnaître l'action particulière exercée par l'atropine sur les accidents de l'intoxication paludéenne. Quand on songe que l'atropine est une substance indigène qui, préparée sur une grande échelle, ne coûterait peut-être pas un sou le

grain; quand on réfléchit que, avec deux centimes, peut-être même avec un quart de centime, on pourrait guérir des maladies dont la cure coûte près de quatre millions à la France seule, et une vingtaine de millions à l'Europe, il faut avouer que les expérimentations telles que celles que j'ai entreprises sont bien dignes de fixer l'attention des médecins, même des gouvernements civilisés. J'ai ouvert la voie, d'autres la parcourront et la termineront après moi.

V. Accouchem^ts, Maladies des femmes et des enfants.

ACCOUCHEMENTS.

8. *Quelques considérations pratiques sur l'auscultation appliquée au diagnostic des présentations et des positions du fœtus*; par M. Chailly-Honoré.

(L'Union médicale, N° 85; 19 juillet 1851.)

Hohl eut le premier, en 1833, l'idée d'appliquer l'auscultation au diagnostic des présentations et des positions du fœtus. Le chapitre intéressant où il traite ce sujet, et qui fait partie d'un volume de 400 pages sur l'*auscultation obstétricale* en général (1), est peu connu de la majorité des accoucheurs français. Je crois donc faire une chose utile en plaçant ici une partie importante de ce chapitre, que M. Auguste Belin a bien voulu traduire mot à mot, afin de n'altérer en rien le texte allemand. Cette traduction a été faite sur un exemplaire que nous devons à l'obligeance de M. Jaquemier.

On sait que Kergaradec et Mayor, de Lausanne, furent les premiers qui appliquèrent l'immortelle découverte de Laennec à l'art des accouchements. Ils s'attachèrent à reconnaître la grossesse par l'audition du souffle utérin et des battements du cœur du fœtus; ils constataient non seulement l'existence de l'enfant, mais encore son état de santé. On comprend toute l'importance pratique de ces applications. Plus tard, ainsi que je viens de le dire, Hohl imagina de se servir de l'auscultation pour diagnostiquer les présentations et les positions du fœtus depuis le sixième ou le septième mois, jusqu'au terme de la grossesse,

(1) Halle, 1833.

et pendant le travail. Voici comment il s'exprime (pages 236 à 241) :

« Chap. IV. — *Auscultation appliquée au diagnostic des pré-* « *sentations et des positions du fœtus.* — Quiconque a acquis un « peu d'habitude de l'auscultation des femmes enceintes, recon- « naîtra facilement la région d'où partent les bruits du cœur du « fœtus, et par conséquent où se trouvent le thorax et le cœur « de l'enfant.

« Cette région se trouve, comme nous l'avons déjà fait observer, « *soit à droite, soit à gauche, tantôt plus haut, tantôt plus bas.*

« Le plus souvent, c'est du côté gauche, rarement du côté « droit, que les bruits du cœur s'entendent ; ordinairement, « on les entend dans la région hypogastrique ; rarement dans « l'épigastre.

« L'audition plus fréquente des bruits du cœur du côté gauche « est en rapport avec la plus grande fréquence *de la première* « *position du sommet ;* c'est par la même raison, c'est-à-dire la « plus grande *fréquence de la présentation de la tête*, que l'on en- « tend les mêmes bruits plus *fréquemment en bas qu'en haut.*

. . . . . .

« Chaque observateur peut vérifier la vérité de cette assertion « par ses propres recherches, qui le conduiront aux conclusions « suivantes :

« 1° Que lorsque le *dos* repose sur la paroi utérine, c'est dans « ce point même qu'on entend les bruits du cœur, pendant la « grossesse et pendant l'accouchement ;

« 2° Que lorsque le summum d'intensité des battements du « cœur s'entend du côté gauche en bas, soit pendant la gros- « sesse, soit pendant l'accouchement, l'enfant sera expulsé *en* « *première position du sommet* ;

« 3° Que lorsque les bruits du cœur sont entendus à droite « pendant la grossesse ou l'accouchement, l'enfant est placé « dans la *troisième ou dans la deuxième position du sommet* ;

« 4° Qu'il y a des exceptions à cette règle ;

« 5° Que dans les *présentations du siége*, d'une part, les bruits « cardiaques sont perçus *plus haut* ; d'autre part, ils sont en- « tendus plus longtemps pendant l'accouchement, etc.... »

Comme on le voit, tout ce qu'il y a de neuf et de vrai dans ces recherches avait été trouvé par Hohl. Après Hohl, M. Kilian, de Bonn, donna, en 1834, le résultat de ses intéressants travaux sur le même sujet. En 1835, M. Velpeau développa assez longuement les idées de Hohl. En 1836, M. Colombe fit ses premières recherches à la Clinique. Dans la même année,

M. Paul Dubois signala les siennes. En 1837, Michaélides fit de même, et notre honorable collègue, M. Jacquemier, dans son travail très remarquable sur l'auscultation obstétricale, nous fit connaître ces études diagnostiques au moyen du stéthoscope. Dans l'année suivante, Stolz (*Dictionnaire des études médicales pratiques*), Nœgèle fils, Carrière, d'Azerailles, développèrent longuement aussi ces idées. Cette première série de travaux fut terminée, en 1839, par les observations de Hope. Cette même année parut aussi une thèse sur ce sujet. Enfin, en 1842, je présentai à la Société de médecine de Paris, avec mon confrère et ami, M. Devilliers fils, que je m'étais adjoint pour ces recherches, le résultat des observations que j'avais faites à la Clinique et dans mes cours. Dans ce mémoire, qui était aussi le résultat des leçons de M. Paul Dubois et des enseignements de mon excellent maître, M. Colombe, nous nous efforcions de démontrer que, s'il était possible, dans la plupart des cas, de reconnaître à l'aide du stéthoscope seul, une présentation de la tête d'une présentation de l'extrémité pelvienne, il n'en était pas de même pour une présentation du tronc, et que bien souvent on se trompera dans cette dernière appréciation.

Que, s'il était presque toujours possible de différencier une position gauche d'une droite, que ce soit la tête ou les fesses qui se présentent, il était impossible, dans la plupart des cas de reconnaître sûrement une position *postérieure d'une antérieure du même côté.*

Et que, si l'on arrivait quelquefois à tomber juste dans cette appréciation, cela tenait à des circonstances étrangères à l'auscultation.

Ainsi, pour l'épaule, si vous arrivez auprès d'une femme en travail depuis longtemps ; plusieurs personnes entourent la patiente ; si l'on vous invite à diagnostiquer, tout cet appareil, ce mystère, la forme du ventre qui, quelquefois, est oblongue transversalement dans ces cas, vous mettent sur la voie de l'existence d'une présentation anormale ; et vous pouvez alors la diagnostiquer quelquefois. Cela m'est arrivé, et je ne suis pas le seul.

Pour la différence à établir entre les positions antérieures et les postérieures du même côté, il en est de même. Nous savons tous que la position gauche antérieure est la plus fréquente, soit pour le sommet, soit pour l'extrémité pelvienne ; que la droite postérieure vient ensuite en fréquence. Dès lors, si le summum d'intensité des battements du cœur du fœtus est entendu à

gauche, guidé par ses connaissances acquises, dont il ne peut se débarrasser, quelque bonne foi qu'on lui suppose, l'observateur inclinera pour une antérieure; et, si c'est à droite, il peut affirmer soixante-quinze fois sur cent que c'est une droite postérieure.

Pour que les résultats fournis par le stéthoscope seul pussent être sans réplique, il faudrait qu'ils fussent obtenus par un observateur exercé à l'auscultation, mais qui ignorât complétement le plus ou moins de fréquence de telle ou telle présentation, de telle ou telle position.

Nous ne sommes pas les seuls, M. Devilliers et moi, qui pensions ainsi à Paris. M. Paul Dubois, M. Velpeau, M. Jacquemier, M. Cazeaux, M. Danyau, enfin tous les observateurs qui ont écrit sur ce sujet depuis Hohl, à l'exception d'un seul, sont unanimes sur ce point. Voici, entre autres, ce que dit M. Danyau dans un rapport fait à la Société de médecine de Paris :

Chez vingt-deux femmes, sur près de mille, l'auscultation, réduite à ses seules indications, nous donnait à penser que l'extrémité pelvienne se présentait, bien que chez quelques-unes on pût s'assurer, par d'autres moyens, que l'extrémité céphalique était au bas, et que chez toutes, au moment de l'accouchement, le fœtus se soit présenté par le sommet. . . . . . .

Quant aux positions, continue M. Danyau, les résultats obtenus par MM. Chailly et Devilliers fils démontrent, comme les nôtres, qu'il est possible de confondre une dorso-antérieure avec une dorso-postérieure et réciproquement.

En résumé, si l'auscultation obstétricale présente de grands avantages et une grande certitude quand il s'agit de diagnostiquer la grossesse, l'existence du produit, et son état de santé, il n'en est pas entièrement de même pour le diagnostic des présentations et des positions du fœtus. Ces dernières investigations ont bien moins d'importance au point de vue pratique, et cela surtout à cause de l'incertitude des signes fournis par le stéthoscope dans certains cas; et s'il est possible, le plus souvent, de différencier une présentation de la tête d'une présentation de l'extrémité pelvienne par l'auscultation seule, on ne peut point distinguer aussi facilement une présentation de l'épaule. Enfin, s'il est possible toujours de reconnaître une position gauche d'une droite, soit dans la présentation de la tête, soit dans celle de l'extrémité pelvienne, il est impossible, dans la majorité des cas, de diagnostiquer une position antérieure d'une position postérieure du même côté.

---

9. *Remarques sur quelques faits pratiques d'accouchement : 1° implantation du placenta sur le col ; 2° adhérence du placenta ; 3° chûte du cordon* ; par le docteur C. Dubreuilh fils.

(Journal de médecine de Bordeaux, août 1851.)

Il est en médecine en général, et en particulier en accouchement, des cas tellement imprévus, tellement difficiles, qu'il est essentiel de bien les connaître, afin d'être à la hauteur de ces difficultés et de les surmonter. Quelques observations d'accouchements de ce genre, que j'ai eu l'occasion de terminer, seront je l'espère, bien appréciées par mes honorables collègues de la Société de médecine. Mon seul but, en les leur soumettant, est de porter mon faible contingent à l'histoire générale des accouchements difficiles, et de déterminer la véritable méthode d'agir dans ces sortes de cas. Que de fois, en effet, les tentatives infructueuses, les fausses manœuvres qui font perdre un temps précieux, qui fatiguent horriblement les femmes et l'enfant, qui dénaturent la position de ce dernier, sont les véritables causes de la mort du nouvel être et des accidents qui, plus tard, se développent chez la mère !

1° *Insertion du placenta sur le col.*

Obs. I. — Mme L..., âgée de trente-deux ans, habite une commune voisine de Bordeaux ; elle a eu déjà plusieurs enfants à terme et sans accident. Cette dernière grossesse n'a présenté rien d'anormal, à part quelques pertes sanguines dans les deux derniers mois. Il y a huit jours qu'elle fut prise de quelques douleurs utérines et d'un écoulement de sang plus abondant. La sage-femme de cette localité fut appelée, et resta huit jours auprès d'elle, témoin impassible et ignorant d'une hémorrhagie la plus grave. Mme L..., que j'avais eu l'occasion de voir à Bordeaux, était grande, forte, et d'un tempérament sanguin. Ce ne fut que le huitième jour de cette perte, le 29 novembre 1850, que M. le docteur Barnetche, mon père et moi, fûmes convoqués. Lorsque nous arrivâmes, nous vîmes, gisant sur le lit de misère, un sujet complétement décoloré et d'une pâleur livide ; les extrémités étaient froides, le pouls battait encore. Il nous fut facile de constater une implantation du placenta sur le col, centre pour centre. Une potion tonique fut administrée, et des frictions excitantes furent faites sur les membres. Cette pauvre dame se ranima, mais la perte continua. Après avoir fait part de notre pronostic fâcheux à la famille, je procédai à l'opération, mes honorables confrères m'en ayant chargé.

J'introduisis la main droite dans la matrice ; je perçai directement le placenta, en le déchirant avec les ongles ; j'atteignis les pieds, et je pus dégager ensuite le tronc et les bras ; la tête seule présenta quelque résistance. L'enfant était mort depuis plusieurs jours ; la délivrance fut faite immédiatement sans difficulté. Aussitôt après l'accouchement, cette malheureuse mère manifesta sa joie, en nous serrant la main, n'ayant plus la force de parler. L'hémorrhagie était arrêtée, nous avions fait la compression de l'aorte abdominale ; mais, malgré nos soins les plus persévérants et les plus variés, elle succomba exsangue une demi-heure après : nous avions été appelés trop tard !

Obs. II. — Le 30 avril dernier, mon père me fit appeler pour aller à La Bastide, auprès d'une femme âgée de trente-six ans, qui était à son neuvième enfant. Auprès d'elle se trouvait Mme James, accoucheuse. Cette malade était au huitième mois de sa grossesse, et, depuis huit heures, elle avait une hémorrhagie qui ne discontinuait pas. A notre arrivée (quatre heures du matin), nous la trouvâmes pâle, les lèvres et les gencives livides, n'ayant plus la force d'articuler ; tintements d'oreille, extrémités froides. Nous vîmes que nous devions ne pas perdre un instant, nous étant assurés que le placenta avait son adhérence sur le col. La femme fut mise dans une position convenable ; je perçai le placenta, fus à la recherche des pieds et fis la version. J'amenai un enfant qui ne donnait d'abord aucun signe de vie, mais qui, sous l'influence de frictions prolongées et de soins bien entendus, respira et vécut. Pour la mère, faible et exténuée, elle reprit peu à peu ses forces, et les suites de couches ne présentèrent heureusement pour elle aucun accident.

L'hémorrhagie par suite de l'implantation du placenta sur le col, est certainement un des cas les plus graves en accouchement ; et si nous nous en rapportons aux statistiques établies, nous trouvons l'énorme mortalité de 1 sur 3. Les deux observations que je viens de citer, dont les résultats ont été si différents, nous donnent l'explication de ce fait : la mortalité tient le plus souvent à l'application inopportune et au retard des règles posées. Professer que le placenta peut s'implanter sur l'orifice de la matrice, était un paradoxe du temps de Deventer ; non pas que les anciens ignorassent cette circonstance, mais parce qu'ils lui reconnaissaient une autre cause : ils pensaient que le placenta allait contracter de nouvelles adhérences sur l'orifice interne du col utérin, par suite de sa séparation et de sa chûte à la partie la plus déclive de l'organe.

Depuis Levret, qui le premier signala les difficultés attachées

à cet accident, nous pensons que le placenta peut s'accoler en tout point sur la circonférence interne de l'utérus, en adhérer à son orifice. Quand arrive la fin du sixième mois, et que le médecin est consulté pour des hémorrhagies fréquentes qui arrivent à cette époque, il doit soupçonner cette anomalie. C'est, en effet, le moment où le col commence à changer de forme et de diamètre, et le placenta cesse de correspondre à la matrice dans les points de son étendue qui étaient en rapport avec la circonférence de l'orifice. Fixe et immuable sur le lieu où il est implanté, le placenta ne peut suivre l'évasion de la partie supérieure du col. De là, rupture des moyens d'union contractés avec la matrice, ainsi que des vaisseaux utéro-placentaires, et hémorrhagie plus ou moins considérable. Tous les Traités récents d'accouchement ont parfaitement résolu toutes les questions qui se rattachent à la formation de ces pertes sanguines ; mais la question principale, celle qui nous occupe dans cet article, la partie thérapeutique, est encore controvorsée. L'indication la plus essentielle est de tarir la source des hémorrhagies, qui peuvent devenir mortelles pour la mère et l'enfant, c'est-à-dire, terminer l'accouchement le plus tôt possible, en rompant l'obstacle qui s'oppose à ce qu'on puisse aller chercher les pieds. Ici commencent les variétés d'opinion : Gardien et Capuron veulent qu'on temporise ; Baudelocque prescrit de ne perdre aucun instant et de *décoller* une portion du placenta ; Maygrier, de *percer* directement la masse placentaire ; Gardien, Ant. Dubois, M. Velpeau, regardent cette manœuvre comme susceptible de faire courir des risques à la mère et à l'enfant. M. P. Dubois professe qu'alors la conduite à suivre varie suivant le degré de cette insertion ; il a recours au tampon, lorsque le placenta couvre toute la partie supérieure de l'orifice, et que les membranes sont inaccessibles ; il conseille la rupture des membranes, lorsque le placenta n'est inséré que par un de ses bords ; la tête du fœtus venant s'appliquer sur la partie du placenta décollée, viendra mettre fin, par cette compression, à l'écoulement de sang. Dans le cas où le placenta correspondait par son centre au col de l'utérus, M. Gendrin a eu l'idée d'appliquer la méthode de Pujos. Le résultat, dans ces cas, est de provoquer l'écoulement des eaux par une ponction pratiquée au travers du placenta, à l'aide d'une sonde de femme, que l'on dirige sur le doigt dans le col et à travers le placenta jusque dans les membranes. C'est un moyen à utiliser, dit M. Cazeaux, lorsque l'abondance de l'hémorrhagie nécessite la méthode de Pujos, et que la présence du placenta par son centre sur le col est le seul obstacle à l'emploi de cette

méthode. Rygby, en Angleterre, adopta cette manière d'agir ; mais elle fut hautement blâmée par son compatriote Duncan Steward. Si nous parcourons les ouvrages de nos confrères anglais, nous trouvons encore une nouvelle règle de conduite dans l'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice : c'est l'expulsion ou l'extraction du placenta avant la naissance de l'enfant.

La méthode de Sympson, professeur à Édimbourg, se basait sur ce que, dans les cas d'hémorrhagie utérine dépendant d'une présentation du placenta, le sang vient, non des orifices béants des sinus utérins, mais bien de la surface détachée du placenta. En conséquence, en opérant la séparation complète de l'arrière-faix, et par là faisant cesser toute circulation provenant de la mère, l'hémorrhagie devait s'arrêter. Il est des cas où cette méthode pourrait obtenir des succès : ainsi, chez les femmes épuisées par une hémorrhagie qui dure depuis longtemps et qui est très abondante, en vidant brusquement l'utérus dans un pareil état d'affaissement, on peut voir survenir les plus funestes accidents ; tandis qu'en enlevant d'abord le placenta, on peut relever les forces de la malade avant d'en arriver à la version de l'enfant. Hors ces cas, cette méthode n'a, je crois, que des dangers, et pour la mère et pour l'enfant, et de plus elle est impuissante à arrêter l'hémorrhagie. Pour les dangers de cette méthode, on n'a qu'à jeter un coup d'œil sur les 33 faits que renferme le mémoire de M. Ch. Waller, médecin-accoucheur à l'hôpital Saint-Thomas, qui en est partisan.

Sur 33 femmes, 10 ont succombé, c'est-à-dire près du tiers ; sur les 33 enfants, trois seulement sont signalés comme étant venus vivants au monde. Cette méthode est, de plus impuissante à arrêter l'hémorrhagie ; car le sang ne vient pas seulement de la surface détachée du placenta, comme le prétend M. Sympson, il vient aussi des orifices béants des sinus utérins ; et la séparation complète du placenta ne peut produire une contraction parfaite des fibres musculaires qui entourent les vaisseaux d'où sort le sang, puisque l'utérus contient encore le produit de la conception.

Il est important dans tous ces procédés, qui n'ont d'ailleurs en vue qu'un seul but, celui de sauver deux êtres, de choisir celui qui offre le moins de temporisation, si fâcheuse souvent pour la mère, et également funeste au fœtus ; car c'est pendant qu'on attend, que le sang coule, et que les forces s'épuisent, les femmes succombent avant la délivrance, ou quelques temps après, aux suites de l'hémorrhagie.

L'usage du seigle ergoté dans les cas d'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice doit être rejeté ; son usage, dans ce cas, ne peut qu'augmenter le décollement du placenta, et par conséquent l'hémorrhagie.

En présence d'une implantation du placenta sur le col centre pour centre, percer directement la masse placentaire pour arriver sur les pieds et les amener à l'orifice, est, je crois, la méthode la plus sûre, la plus expéditive et la moins dangereuse pour la mère et l'enfant. Une fois les pieds atteints, on dégage le tronc et les bras, et si la tête présente quelque résistance, on applique le forceps ; on procède immédiatement après à la délivrance, qui doit offrir bien rarement de la difficulté. On comprend que l'on ne pourrait agir ainsi que dans les cas où le col serait suffisamment dilaté.

2° *Adhérence du placenta.*

Obs. III. — Le 8 juin dernier, je fus appelé, à onze heures du soir, auprès d'une personne âgée de vingt-cinq ans, demeurant rue Mérignac. Cette fille-mère, accouchée depuis plus de douze heures, avait reçu les soins d'une sage-femme. Après l'accouchement, l'utérus s'était énergiquement contracté sur lui-même ; cependant il existait une légère perte ; malgré les tractions les plus énergiques, le placenta n'arrivait pas. A mon arrivée, je trouvai la matrice se dessinant parfaitement bien à travers les parois de l'abdomen ; il existait une légère hémorrhagie, les douleurs avaient complétement cessé ; le cordon ombilical était à moitié détaché et aurait cédé au plus léger effort. Je ne balançai pas, et fus à la recherche du placenta, m'assurant de son degré d'adhérence. L'introduction de la main fut plus difficile que douloureuse. Après avoir pénétré dans l'intérieur de la matrice, je procédai à l'extraction de l'arrière-faix, adhérent dans les trois quarts de sa circonférence à la face interne de l'utérus. L'écoulement de sang avait son origine à l'un des bords qui était détaché. J'empoignai à pleine main la masse vasculaire, et l'enlevai après quelques tractions. La malade s'est très bien rétablie sans aucun accident.

La délivrance, ce complément de l'accouchement, peut, dans quelques circonstances, nécessiter l'intervention de l'art. L'observation qui précède se rapportant à l'adhérence du placenta, c'est sur cette anomalie seulement que j'ai l'intention de m'appesantir. Des obstacles qui peuvent se présenter après l'accouchement, pour la délivrance de la femme, tels que l'inertie de

l'utérus, ses contractions irrégulières et spasmodiques, le volume excessif du placenta, la faiblesse du cordon et l'adhérence partielle ou totale du placenta, est, sans contredit, la cause qui offre le plus de retard.

Observée et admise par beaucoup d'auteurs, inconnue et niée par quelques autres, ce n'est point ici le cas de faire le recensement des médecins qui ont écrit ou combattu de part et d'autre; ils sont assez connus de quiconque est un peu versé dans la littérature obstétricale. Sur le nombre seulement, nous nous bornerons à citer l'opinion d'un de nos plus célèbres accoucheurs, M. le professeur Moreau : « Nier l'existence des adhérences contre nature du placenta, dit ce professeur, serait aller contre les faits. Ces dispositions s'observent surtout chez les femmes fortes, pléthoriques, sanguines. Dans d'autres cas, elles sont dues à une incrustation des vaisseaux, analogue à celle qu'on voit chez beaucoup de vieillards, et qui a reçu le nom d'*ossification des artères*. Nous passerons aussi sur les causes de ces adhérences, qu'il est d'ailleurs fort difficile d'indiquer dans l'état actuel de la science. L'inflammation des cotylédons ou du parenchyme du placenta, la transformation fibreuse des linéaments celluleux qui unissent cet organe à l'utérus, les squirrhosités de l'utérus lui-même, les concrétions osseuses et calcaires, ont été signalées. Laissant de côté ces causes, le plus souvent cachées, mais dont les effets sont certains, examinons les questions suivantes, toutes pratiques.

Dans les cas d'adhérence anormale du placenta, faut-il : 1° se hâter de délivrer la femme ? 2° quelle est la manière d'agir ? 3° que penser de la résorption du placenta ?

1°. — De deux opinions contraires ou diamétralement opposées, la vérité ne se trouve le plus souvent qu'au milieu ou entre les deux extrêmes. De même qu'il est trop exclusif d'extraire *toujours* le placenta immédiatement après la sortie de l'enfant, comme l'a écrit M. Serre, d'Alais, de même nous devons considérer comme erronée l'opinion de ceux qui regardent la délivrance artificielle comme inutile et sans avantage. La délivrance, dit Capuron, peut être considérée comme un accouchement secondaire ou partiel, qui s'opère en général tout aussi naturellement que le premier. Nous sommes de cet avis. Dans le plus grand nombre de cas, nous pensons qu'il faut s'en rapporter à la nature pour cette opération. L'à-propos et l'opportunité sont ici bien nécessaires. Que de dangers ont entraîné, pour l'extraction du placenta, une faute et une imprudence ! Délivre-t-on trop tôt, mille petits vaisseaux béants, mis subitement à dé-

couvert, exposeront la femme à une hémorrhagie foudroyante, promptement mortelle, si nous n'avions pour la suspendre la compression de l'aorte, moyen puissant, et que M. Chailly vient d'appuyer de sa grande expérience. Délive-t-on trop tard, l'introduction de la main est douloureuse, la dilatation du col est difficile; c'est alors un second accouchement à faire. On comprend l'embarras du médecin quand il s'agit de décider entre deux opinions si divergentes, et qui ont chacune de leur côté des praticiens recommandables.

Pour nous, suivant les traces de nos maîtres, Delmas, de Montpellier ; MM. Moreau, P. Dubois et Cazeaux, nous pensons que, dans les cas d'adhérence du placenta, il faut agir avec ménagement et connaissance de cause, dans la crainte de provoquer quelque lésion de la matrice. Nous ferons, comme le conseille M. Cazeaux, dans les cas où il n'y a pas d'accident : il faut d'abord attendre, et quelques heures de contraction suffisent souvent pour opérer ce décollement. Après deux heures d'attente, on excite l'utérus, et on a recours aux moyens que nous allons indiquer.

2°. — L'adhérence qui unit le placenta à l'utérus se fait quelquefois au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche ; sous l'influence de douces tractions sur le cordon ombilical, nous les avons vu céder avec assez de facilité. Nous savons que Levret voulait que ces tractions fussent perpendiculaires à la surface du placenta. Il citait, à l'appui de son assertion, l'expérience du papier mouillé étendu sur une surface plane, que l'on déchire plutôt que de le séparer en le tirant parallèlement à ce plan, et que l'on sépare sans effort et sans déchirure en l'écartant perpendiculairement au plan. De quelque façon que l'on s'y prenne, MM. Velpeau et Guillemot ont fait remarquer que le cordon est toujours parallèle et non perpendiculaire au grand diamètre de la matrice, car on ne manœuvre pas dans un espace libre. Ces tractions doivent toujours être ménagées, de manière à ce que le cordon ne soit pas rompu.

Dans ces cas le seigle ergoté peut rendre quelque service ; c'est du moins ce qu'il est permis de conclure de quelques faits recueillis par Bordot, Davies, Balandini, Duchateau, Morgan, Beuton, Maurage. Depuis la lecture de ce travail à la Société de médecine, je l'ai mis en usage chez deux femmes : la première, qui était âgée de vingt-deux ans, primipare, avait eu des couches excessivement laborieuses ; il y avait légère adhérence du placenta ; malgré 4 grammes de seigle ergoté, il m'a fallu avoir recours à la main.

La seconde, âgée de vingt ans, primipare, fut accouchée par une sage-femme. Il y avait, quand je fus appelé, rupture complète du cordon ombilical : 2 grammes de seigle ergoté n'avaient produit aucun effet. J'eus recours à la main : il existait un enchatonnement du placenta. Malgré ces insuccès du seigle ergoté, on doit l'essayer ; d'autres faits donnent lieu de penser qu'on en retirerait d'excellents effets.

Un procédé ingénieux, imaginé par M. le docteur Mojien, de Gênes, peut être utile, lorsque l'arrière-faix est paresseux à se détacher de liens peu solides : c'est l'injection de l'eau froide dans la veine ombilicale, que l'on peut aciduler avec du vinaigre. MM. Avanzini, en Italie ; Hokl, en Allemagne ; Stoltz, à Strasbourg ; Dupasquier, à Lyon : l'ont mise en usage avec succès, dans plusieurs cas de délivrance tardive. Cette injection, on le comprend, gonfle le placenta et le force mécaniquement à à se séparer par son volume et son poids. De plus, suivant M. Cazeaux, l'application qu'elle cause sur la paroi interne de l'utérus, en détermine la contraction et le resserrement.

Si l'adhérence est tellement intime qu'elle résiste à ces premiers efforts les mieux dirigés, on doit encore, d'après Levret, Baudelocque, Désormeaux, M. P. Dubois, etc., insister sur les tentatives d'extraction. Heister conseille de percer avec le doigt le placenta dans son centre, et de le promener ensuite circulairement, de manière à détacher toute la masse du gâteau vasculaire. D'après le précepte de Baudelocque, il faut saisir les extrémités circulaires du placenta, et imiter avec les doigts le mouvement qu'on exécute quand il s'agit de décoller deux feuillets d'un livre agglutinés ensemble. M. P. Dubois préfère alors empoigner la partie détachée à pleine main, et exercer sur elle des tractions dans le but d'achever de décoller le reste. C'est le procédé que j'ai mis en usage dans l'observation que j'ai citée plus haut.

3°. — Il me reste à examiner une question très épineuse, interprétée encore diversement. Nous avons excité l'utérus par tous les moyens connus ; nous avons opéré de douces tractions sur le cordon, nous avons fait des injections, nous avons enfin plongé la main dans l'intérieur de la matrice et exercé des manœuvres plus ou moins violentes : le placenta résiste à tous nos efforts. Faut-il décortiquer le placenta, ou le livrer à la résorption ? Cette question, comme je le disais, est très épineuse et touche de près à l'existence de la femme. Que la Société de médecine me permette, pour la résoudre, de m'entourer de toute l'autorité des accoucheurs les plus compétents.

Capuron, soit dans ses écrits, soit dans les discussions scientifiques des Sociétés dont il était membre, contestait les nombreux avantages attribués à l'art, qu'on voulait toujours, disait-il, substituer à la nature. Elle peut, suivant lui, s'en passer dans le plus grand nombre de cas après l'accouchement, pour débarrasser la femme de ce qu'on nomme *arrière-faix*, *secondines*, ou *vidanges* (*Bullet. de thérap.*, t. X.) Il opposait, à ses adversaires, la pratique du célèbre Ruysch, qui, pendant cinquante ans, ne porta pas une seule fois la main dans l'utérus ; l'autorité d'Hamilton, qui assure que l'introduction de la main dans cet organe, pour la délivrance, est très dangereuse, et qu'il ne faut y avoir recours que dans les cas d'urgente nécessité. Les craintes de Capuron étaient poussées trop loin, et l'exemple de Ruysch ne peut être très concluant. Si ce praticien, pendant une durée de cinquante ans, n'a jamais porté sa main dans l'utérus, c'est que, probablement, il a toujours eu affaire à des accouchements ou à des délivrances très naturelles. Avant de prendre la plume, j'ai compulsé tous les Traités d'accouchement, toutes les opinions des auteurs, leurs observations, et il en est résulté que le danger du décollement forcé du placenta dans une adhérence intime est plus grand que de sa rétention plus ou moins prolongée.

En effet, on a vu, dans quelques cas, l'adhérence utéro-placentaire tellement intense, qu'on a déchiré la surface interne de la matrice plutôt que de réussir. Dans une leçon que fit M. Dubois, en 1845, à l'hôpital des Cliniques, en nous montrant le placenta adhérent complétement à l'utérus, sur le cadavre d'une jeune femme phthisique, et morte épuisée quelques heures après son accouchement, ce savant professeur nous dit que, certainement, cette femme aurait succombé pendant l'opération, ou à une hémorrhagie, ou à une déchirure, si l'on avait arraché ce placenta en totalité. A cette occasion, M. Dubois énumère plusieurs observations curieuses, qui prouvent que l'arrière-faix a pu s'être détaché, momifié, ou résorbé. Il serait trop long de citer seulement les noms de ceux qui ont relaté des faits d'absorption du délivre. En France, cette question a beaucoup préoccupé les physiologistes ; et l'opinion des accoucheurs était en général peu disposée à admettre cette résorption, qui est aujourd'hui un fait acquis à la science. Le séjour du placenta dans l'intérieur de la matrice ne doit point malgré cela, et comme tendent à le faire croire quelques écrits, être considéré comme sans danger. Ce n'est point de notre part, ni chimère, ni exagération, ni vaines terreurs : ces fragments de placenta putréfiés, soit que les lochies les entraînent, soit qu'ils subissent la résorption, auront tou-

jours des conséquences très graves, et exposent les femmes aux accidents les plus funestes. « Quelquefois le placenta, dit M. Chailly, dans son *Traité pratique d'accouchement,* peut être entraîné en déliquium, ou résorbé petit à petit. Dans les premiers mois de la grossesse, on peut très bien admettre la possibilité de sa résorption ; mais le développement qu'il a acquis à un terme avancé, s'il n'exclut pas entièrement cette possibilité, doit cependant rendre ce phénomène extrêmement rare ; et toujours, dans ce dernier cas, il doit s'accompagner des symptômes les plus graves, que l'on devra tâcher de prévenir par tous les moyens d'extraction conciliables avec le salut de la mère. »

Si, dans notre pratique, il nous arrive de rencontrer un placenta adhérent, nous ferons ce qui déjà nous a parfaitement réussi. Si les moyens d'union étaient trop intimes, nous tenterions quelques manœuvres, que, malgré leur violence, les accidents graves, conséquences de la putréfaction du placenta, peuvent, jusqu'à un certain point, justifier et commander. Dans les cas d'impossibilité absolue, il est essentiel, pendant les jours qui suivent les couches, de bien surveiller les femmes, pour recueillir les portions détachées du placenta qui se présentent au col, et en pratiquer l'extraction, soit avec les doigts, soit avec la pince à faux-germe de Levret. Nous aurions recours encore aux injections émollientes dans la matrice, poussées avec douceur, afin de ne pas provoquer de péritonite par le passage du liquide dans la cavité péritonéale à travers la trompe. Ces injections peuvent être mélangées avec un peu de chlorure de chaux liquide, afin de déblayer l'utérus des détritus du placenta, à mesure qu'ils se détachent et se putréfient. Charlston a conseillé, dans la *Gazette médicale*, une potion dans laquelle entrerait une faible dose d'acétate d'ammoniaque. Ne pourrait-on pas aussi ajouter à la boisson des malades, une certaine quantité d'alcoolature d'aconit, afin de les prémunir contre l'infection purulente?

3° *Chûte du cordon ombilical.*

Obs. IV. — Le 27 janvier 1850, je fus appelé par une sage-femme, pour me rendre, rue des Trois-Conils, chez Mme O., primipare, qui était dans les douleurs de l'enfantement depuis la veille au soir. Un bras se présentait au dehors avec une partie du cordon ombilical.

Nous constatâmes la position de l'épaule gauche, avec sortie de la totalité du bras du même côté. La sage-femme avait passé une partie de la nuit à vouloir faire rentrer le cordon ombilical, mais sans succès. A mon arrivée, il était froid et livide. Tout ayant été

disposé, j'introduisis la main dans la matrice, et la portai, non sans éprouver la plus forte résistance, jusqu'à la hauteur des pieds, que je parvins à saisir, et je terminai l'accouchement. Malgré nos soins empressés, l'enfant, très fort, ne put être rappelé à la vie. La mère eut, quatre jours après, une hémorrhagie excessivement grave, pour laquelle je fus rappelé, et qui céda à des moyens énergiques. J'ai accouché dernièrement Mme O. d'un second enfant, vivant, dont la présentation n'offrit rien d'anormal.

Obs. V. — Mme L., demeurant rue Mérignac, 7, primipare, souffrait depuis plus de huit jours de douleurs lombaires ; les eaux étaient écoulées depuis plus de douze heures. M. le docteur Ulysse Marie, de regrettable mémoire, qui était son médecin, ne tarda pas à s'apercevoir que l'un des bras de l'enfant se précipitait hors la vulve, ainsi qu'une portion du cordon. Il fit quelques tentatives pour terminer l'accouchement et pour soutenir le cordon dans l'intérieur de la vulve. Mais ne voulant point s'en rapporter à ses seules lumières, il voulut bien me faire appeler. Le col était dilaté, l'épaule gauche se présentait avec une partie du cordon, qui était tiède, mais ne donnant aucun battement. Sur les instances de notre confrère, qui était très fatigué, je me mis en devoir de terminer l'accouchement. Les pieds furent saisis sans de trop grandes difficultés ; l'enfant était mort ; la femme n'éprouva aucun accident grave et s'est très bien rétablie.

Obs. VI. — Mme X., demeurant route de Paris, commune de La Bastide, était en travail depuis plusieurs jours ; elle n'était qu'au huitième mois de sa grossesse : une frayeur avait avancé les douleurs. La sage-femme qui l'assistait, s'aperçut bientôt qu'un des bras de l'enfant s'engageait à travers les parties de la génération, avec une assez grande partie du cordon ombilical. Les difficultés de l'accouchement lui paraissant insurmontables, elle m'envoya chercher le dimanche, 5 juillet 1850, à cinq heures du soir. La femme, âgée de vingt-cinq ans, primipare, souffrait horriblement ; elle était complétement épuisée. Le cordon était froid, bleuâtre, ainsi que le bras, qui était livide et tuméfié. Après avoir reconnu l'état et la position des parties, je n'hésitai pas à tenter la version, qui me présenta des obstacles très grands. Je parvins enfin à amener l'enfant au dehors ; il était mort depuis plusieurs jours : il y avait un commencement de putréfaction. La femme fut très fatiguée des manœuvres qu'il m'avait fallu mettre en usage ; elle s'est depuis complétement rétablie.

La sortie d'un seul ou des deux bras, comme je l'ai rencontré chez les trois femmes dont je viens de citer les trois observations,

n'est pas, heureusement, un accident qui accompagne ordinairement la procidence prématurée du cordon ; car ce n'est plus un seul être que le médecin doit ici sauver, mais ce sont deux individus à secourir. C'est, on le comprend, une grande complication de causes et de dangers. Le plus souvent, la chûte du cordon ombilical se rencontre dans les présentations du sommet. La rareté des autres présentations explique cette circonstance ; car la procidence d'un pied ou d'une main doit naturellement servir de guide au cordon et lui ouvrir la voie. Ici, comme pour bien d'autres questions, c'est un conflit de sentiments, une diversité d'opinions et de moyens, soit dans les livres élémentaires d'accouchement, soit dans les écrits des médecins-accoucheurs. Nous ne voulons point insister sur l'étiologie de cet accident obstétrical, longueur du cordon, trop grande quantité des eaux de l'amnios, brusque sortie de ce liquide, certaines positions du fœtus, insertion du placenta près l'orifice de l'utérus, etc. Nous ne nous appesantirons pas plus sur le diagnostic, plus ou moins facile, suivant que les membranes sont intactes ou rompues; sensation dans le premier cas, à travers les membranes, d'une espèce de corde molle et mobile ; à la pression, battements qu'on distingue presque toujours lorsque l'enfant vit encore.

Dans le second cas, l'anse que le cordon forme dans le vagin, ou hors la vulve, doit empêcher de commettre une méprise. Toutes ces questions ont été débattues ; et la matière est tellement épuisée, qu'elle ne laisse, ce me semble, rien à dire. La chûte du cordon ombilical est excessivement grave pour le fœtus ; mais elle n'influe pas, dans les présentations normales, sur la terminaison de l'accouchement, qui n'est ni plus long, ni plus difficile, et par conséquent, cet accident est de toute innocuité pour la mère. Les contractions utérines aplatissent les vaisseaux ombilicaux, font cesser les battements , gênent le cours du sang et finissent par le supprimer. C'est donc la compression qui est la cause de la mort de l'enfant ; c'est elle qui est, sinon l'unique, du moins la plus fréquente et la plus redoutable des causes. On a bien prétendu que le contact de l'air extérieur, plus froid que la température du cordon, tendait à y coaguler le sang, à le ralentir, et même à arrêter son cours ; mais des observations ont prouvé aussi, que le cordon pouvait pendre hors la vulve pendant plusieurs heures et le fœtus ne pas en souffrir ; il était cependant froid : dans ces cas, la compression n'existait pas. L'influence de cette compression, à laquelle le fœtus doit la mort, a d'ailleurs été diversement interprétée : l'apoplexie, l'anémie, la syncope, l'asphyxie, ont été tour à tour invoquées. Pour la plupart des

auteurs, l'asphyxie est la cause la plus admissible de la mort : je suis de cette opinion. Mais arrivons à la thérapeutique, et faisons nous ces questions : En présence d'une procidence du cordon, faut-il agir ? faut-il attendre ? Capuron, toujours avec son antipathie pour tous les procédés de l'art, voulait qu'on attendit ; il rejetait, et enveloppait dans la même proscription, tous les moyens ou intruments qu'on a imaginés pour repousser le cordon ombilical dans l'utérus. Cet accoucheur distingué ne s'exagérait-il pas trop les dangers d'une irritation d'organes, dont il importait avant tout d'obtenir le calme et le relâchement ? Car, lorsque l'orifice utérin est encore peu ouvert, que ce peu de dilatation du col rend l'introduction de la main difficile, quel inconvénient si grave y aurait-il d'essayer le procédé de M. Dudon, avec lequel ce médecin eut quelques succès en 1826, et qu'il soumit à cette époque à l'Institut royal de France ? Une sonde élastique n° 8 ou 9, avec mandrin ; un morceau de ruban étroit, ou de gros fil ; un peu de cire pour le rendre moins glissant, tels sont les moyens qu'il est bien facile de se procurer. L'application n'est pas plus compliquée. On introduit le fil ou le ruban dans l'œil le plus rapproché de l'extrémité de la sonde ; là on le retient avec le mandrin ; on y attache le cordon ombilical sans le serrer. Si l'anse est courte et n'a que 189 ou 217 millimètres de longueur, on l'attache dans son milieu ; si elle est plus longue, il faut la plier en double. La continuité du cordon indique par quel côté, et même par quel point, il faut que l'anse soit repoussée dans l'utérus. La main placée dans le vagin aide à l'introduction du cordon, en empêchant qu'il glisse dans la boucle du ruban. Quand son refoulement est complet, on attend, avant de retirer l'instrument, que la tête se soit engagée ; puis on retire le mandrin d'abord et la sonde ensuite. Le ruban reste au dedans sans nul inconvénient, et sera expulsé à la suite de l'enfant. Je ne parlerai point des autres procédés, celui-ci étant le plus facile et le plus simple. Rien, d'ailleurs, ne peut suppléer les doigts de l'accoucheur, qui, seuls, peuvent réunir en une masse toute l'anse du cordon qui s'est échappée, la repousser ainsi pelotonnée, et la maintenir au-dessus du détroit supérieur. On a même conseillé d'introduire la main tout entière dans l'utérus, et d'aller accrocher le cordon à un des membres du fœtus. Ces manœuvres deviennent possibles, lorsque la dilatation du col est plus avancée. Il est toujours convenable de garantir le cordon ombilical du contact de l'air froid, en le faisant rentrer dans le vagin, ce qui ne le garantira pas de la compression pendant les douleurs utérines.

Lorsque le col est plus dilaté, les manœuvres les plus habiles

sont inutiles ; car le refoulement qu'on exerce est inefficace : il est bientôt suivi d'une nouvelle chûte. Elles sont même imprudentes, en ce qu'elles peuvent produire elles-mêmes la compression.

Quand on a la certitude que l'enfant vit, et que la main ou le forceps peuvent être introduits dans l'utérus, nous n'hésiterons pas à terminer l'accouchement le plus tôt possible. On ne doit jamais balancer dans les cas de sortie d'un ou deux bras. Ce n'est plus le moment de réfléchir sur celui qui risque le plus et qui exige la plus prompte assistance : les deux êtres sont en danger, le médecin doit les sauver tous deux. Il est une précaution signalée par Boës et M. Cazeaux, et qui ne doit jamais être négligée : c'est, dans le cas de version, d'avoir soin, en allant chercher les pieds, de reporter le cordon dans l'utérus, afin d'éviter qu'il ne soit comprimé par le bras de l'accoucheur, et plus tard, par les hanches et le tronc de l'enfant. La position du fœtus est normale, le cordon ombilical est froid, pâle, jaunâtre, flétri, d'une odeur fétide ; l'enfant ne réclame plus aucun secours, il faut confier l'accouchement à la nature. Dans tous ces cas, les circonstances doivent diriger l'accoucheur : il ne s'agit que d'avoir de la sagacité, de l'expérience, et beaucoup d'aplomb.

VI. Chirurgie, Orthopédie et Ophthalmologie.

PATHOLOGIE EXTERNE.

10. *Lettre sur la cure radicale des hernies inguinales*; par M. le D. M. P. Valette, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Gazette médicale de Paris, N° 27 ; 1851.)

A M. le docteur Diday, rédacteur de la gazette médicale.

Mon cher confrère,

Je suivrai, dans ma réponse aux critiques que vous me faites l'honneur de m'adresser, l'ordre indiqué dans votre lettre. Vos objections se groupent autour de ces trois chefs :

Innocuité,
Efficacité,
Conseils.

Examinons-en valeur.

§ Ier. — Ce que vous dites relativement à l'innocuité de mon opération trahit un certain embarras ; aussi est-ce moins au fait lui-même qu'à l'explication que j'en ai donnée que vous vous attachez. Le seul argument que vous formuliez est celui-ci : Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour tirer une conclusion définitive. Vous ajoutez, du reste, que vous êtes prêt à vous incliner devant un nombre suffisant : c'est vraiment trop de modestie. Vous avez oublié de dire quel chiffre il vous fallait : cette précaution n'eût pas été inutile ; car vous paraissez vous soucier fort peu de l'aphorisme *non numerandœ, sed perpendendœ sunt observationes*. J'ai déjà répondu par anticipation à cette objection. Permettez-moi de vous rappeler quelques lignes de mon mémoire : « Le nombre de mes opérations, dira-t-on peut-être, n'est pas assez considérable pour être affirmatif. Une amputation de cuisse est dangereuse, et cependant un chirurgien peut être assez heureux pour avoir une série de dix, douze, quinze succès. Cela est vrai ; mais je répondrai que c'est là une objection spécieuse. En effet, si un chirurgien venait me dire : J'ai un moyen de pratiquer les amputations de cuisse sans faire courir au malade un danger sérieux, qu'il me démontrât théoriquement que ce moyen doit être innocent, et qu'il me fit constater sur dix opérés que sa méthode non-seulement n'entraîne pas d'accident grave, mais que, pendant toute la durée du traitement, la fièvre est nulle, l'état général le même que dans l'état de santé, je commencerais à croire que ce chirurgien a raison. A défaut de bonnes raisons, vous invoquez une analogie qui n'est rien moins que juste : vous dites, par exemple : Avec le procédé Gerdy, on perd un malade sur dix : donc votre dixième est très compromis ; mais vous oubliez un élément important de la question. Avec le procédé Gerdy on a eu un mort sur dix ; mais vous vous dispensez de dire qu'une fois sur trois on a eu des accidents sérieux à combattre (Bourgery, *Méd. op.*). Or si j'avais eu, dans un seul cas, des accidents, j'en aurais tiré avant vous la conclusion que mon procédé pouvait être mortel ; car du moment que des accidents sérieux peuvent se manifester à la suite d'une opération, et que ces accidents ne peuvent pas être attribués à une circonstance autre que l'opération, il y aurait témérité à se flatter de pouvoir les enrayer toujours. Remarquez-le bien, du reste, je n'ai pas dit : J'ai eu neuf guérisons sur neuf opérés : donc mon procédé est innocent. Cette conclusion eût été hasardée. Je me suis appuyé tout d'abord sur un principe que vous acceptez, l'innocuité des plaies par cautérisation, et j'ai pensé *à priori* que mon opération serait sans danger. Quand

l'expérience est venue confirmer mes prévisions, quand j'ai vu se reproduire cette simplicité symptomatologique que j'avais pu constater un très grand nombre de fois d'ailleurs, alors seulement j'ai conclu.

Est-il vrai que l'aiguille dont je me sers soit capable d'ôter à mon opération le caractère d'innocuité que vous lui accorderiez sans cela ? Je ne le pense pas ; mais il y a, dans tous les cas, un moyen bien simple de vous rassurer sur ce point ; c'est de rendre la piqûre immédiatement cautérisante, et pour cela il suffirait de chauffer avec une lampe à l'alcool l'extrémité libre de l'aiguille, une fois que l'invaginateur serait en place ; elle ne tarderait pas à rougir et à se charger d'une assez grande quantité de calorique dans toute son étendue pour cautériser le canal qu'elle aura creusé au sein des parties. Si ce moyen ne vous convenait pas encore, ne pourrait-on pas se servir de l'aiguille caustique de Pelletan ? Vous savez qu'une aiguille d'argent, plongée dans l'acide nitrique au moment de s'en servir, remplirait parfaitement le but. On pourrait encore procéder d'autre manière ; mais je vous renvoie aux travaux de Pelletan, qui me fourniraient largement les moyens de répondre à vos exigences. Si je n'ai pas pris et si je ne crois pas utile de prendre ces précautions, c'est que la cautérisation, comme je la pratique, me paraît suffisante, pour neutraliser les effets de la piqûre. L'explication que j'ai donnée du fait peut n'être pas satisfaisante, c'est possible ; que ce soit d'une manière mécanique, ou bien, ce que je suis plus disposé à croire, que ce soit en produisant une dérivation puissante, une fluxion inflammatoire soutenue qu'agissent la pâte de Vienne et le canquoin, le fait n'en existe pas moins. Si vous ne voulez pas l'accepter, vous avez maintenant le moyen de produire une piqûre *cautérisante*.

§ II. — En réponse à ce que vous me dites de l'efficacité de mon opération, je ne trouve rien de mieux que de reproduire la déclaration nette et catégorique que j'ai faite dans mon mémoire. Je n'ai aujourd'hui rien à ajouter, rien à retrancher : « Que penser maintenant de son efficatité ? C'est surtout pour répondre à cette question que des faits nombreux sont nécessaires ; on en conviendra toutefois, les résultats que j'ai obtenus sont singulièrement encourageants, surtout si l'on se rappelle que ces opérations ont été pratiquées dans des circonstances très défavorables....., et 18 lignes plus loin. Mais combien la guérison durera-t-elle ? C'est là une autre question qu'il importe de résoudre, si faire se peut ; car ce n'est pas assez qu'une maladie guérisse, il faut encore que la guérison soit définitive, ou

tout au moins que les récidives ne se manifestent ni trop souvent ni trop promptement. Ici encore, pour se prononcer, il faudrait avoir un grand nombre de faits depuis longtemps observés. »

La question d'efficacité ne saurait être résolue avec les faits que j'ai pu recueillir ; elle ne le serait pas davantageavec trente, avec cent, car, à cette heure, il manquerait encore à ces faits la consécration du temps. Les récidives, j'ai lieu de l'espérer au moins, seront plus rares à mesure que le manuel opératoire sera mieux exécuté. Les chirurgiens sérieux qui m'ont fait l'honneur de lire mon mémoire ont pu voir que, dans un cas au moins, l'opération n'a pas été pratiquée comme j'aurais désiré le faire, comme je le fais aujourd'hui, et à coup sûr il ne viendra à l'idée à personne, si ce n'est peut-être à vous, de me faire un reproche d'avoir marché avec hésitation, au début, dans une voie qui n'avait pas encore été explorée. Le malade, du reste, auquel je fais allusion, est aujourd'hui complétement guéri, si bien guéri qu'il n'a pas trouvé grâce devant le conseil de révision, qui l'a jugé propre au service militaire. Si vous aviez véritablement le désir d'asseoir votre conviction, chose dont votre critique me permettrait de douter, je pourrais vous communiquer une lettre de ce malade, et vous faire voir ce qu'*une partie intéressée* pense de mon opération. Je pourrais encore, si vous y teniez, vous montrer le second malade, que j'ai classé parmi mes insuccès, et quelle que soit votre défiance, vous rendrez justice à la réserve que je me suis imposée, car ce malade a vu disparaître les trois quarts de son infirmité. Une hernie grosse comme un petit œuf de poule et susceptible d'être parfaitement maintenue à l'aide d'un bandage simple, a remplacé une hernie grosse comme les deux poings réunis, et qu'aucun appareil ne pouvait contenir. C'est très sérieusement que je vous fais cette proposition. Le malade est aujourd'hui dans une communauté religieuse, aux environs de Lyon, et il nous sera très facile de le retrouver. Quant au troisième, il y a eu récidive, on vous l'a dit, et la chose est exacte. Vous avez été parfaitement renseigné ; aussi n'ai-je qu'une observation à vous faire à ce sujet. Pourquoi donc avez-vous *oublié* de dire que ce malade s'était levé presque aussitôt l'appareil enlevé, avant que la cicatrisation ait eu le temps de se faire, qu'il aidait aux gens de service, qu'il balayait la salle ? Toutes ces particularités ont été connues trop tard, il est vrai, pour qu'on ait pu prendre des mesures qui eussent peut-être changé le résultat de l'opération, mais assez tôt pour que vous n'ayez pu les ignorer. Comment donc expliquer cette omission ?

Remarquez-le bien, je ne cherche pas à dissimuler les récidives ; je ne cherche pas même à les expliquer. Pour ce qui me concerne, j'ai dû tenir compte de tout ce qui s'était passé pour éviter à l'avenir les causes d'insuccès. Je ne négligerai jamais rien de ce qui pourra m'apporter des enseignements ; je les chercherai surtout dans la critique, mais quand elle sera convenable, sérieuse, digne.

§ III. — J'arrive au § III, qui renferme des conseils. Vous avez soin de me prévenir que cette fois vous parlez sérieusement : ce n'est pas trop tôt, vous en conviendrez ; mais enfin mieux vaut tard que jamais.

Vous n'avez pas réfléchi quand vous me faites une objectien du du peu d'étendue des adhérences que je produis. La comparaison que vous me faites de la manche d'habit et de sa doublure me prouve que les conditions du problème à résoudre vous ont complétement échappé. En effet, vouloir établir des adhérences tout autour du bouchon tégumentaire, c'est vouloir une chose presque toujours impossible. La disposition anatomique des parties ne saurait le permettre. Lorsque le canal inguinal existe encore, on comprend qu'un bouchon, poussé dans son intérieur, soit en rapport de tous les côtés avec les parois de ce canal ; mais les conditions changent lorsqu'une hernie existe. Pour peu que celle-ci soit volumineuse (et il faut qu'elle le soit pour qu'on puisse propuire l'invagination), la paroi postérieure manque ; l'orifice interne s'est peu à peu rapproché de l'orifice externe. Il n'existe plus en réalité qu'un véritable trou, et non plus un canal, un simple anneau, une simple ouverture à travers laquelle passent les intestins. Le doigt pénètre alors directement dans le ventre, et il est en rapport en arrière avec la masse intestitale, dont il n'est séparé que par l'épaisseur des téguments refoulés. Tâchez maintenant de comprendre et surtout de faire comprendre la possibilité d'adhérences circulaires. La proposition que je viens d'émettre étant admise, vous conviendrez bien que mon procédé, en déterminant des adhérences dans une large étendue et dans toute la partie qui correspond à la paroi antérieure du canal, fait tout ce qu'il est possible de produire. Cette étendue, il est vrai, n'est pour vous que de 2 à 3 millimètres. Ici encore, mon cher confrère, j'ai une erreur à vous signaler. J'ai écrit que je donnais au canquoin une largeur de 2 à 3 millimètres, et vous en concluez que l'escharre a juste la même étendue. Le chirurgien praticien n'ignore pas qu'une bandelette de canquoin, large de 2 à 3 millimètres, donne une escharre dont la largeur sera de 6 à 9 millimètres, quand on la laisse en place vingt-

quatre à trente-six heures. Si vous tenez à vérifier le fait, je vous préviens que j'ai dans mon service un malade atteint de varices qui vous offrira sept fois la preuve de ce que j'avance. Vous pourrez vous assurer *de visu* de l'étendue des escharres. Puisque nous sommes en train de faire de l'arithmétique, vous me permettrez bien de conclure que votre objection sur le peu d'étendue des adhérences a juste trois fois moins de valeur que vous ne lui en accordez.

Vous terminez en me conseillant la cautérisation de dedans en dehors; je vous dirai tout d'abord que l'on a essayé de le faire. Je cautérisais de dehors en dedans, il n'en fallait pas davantage pour décider certaine nature inquiète à cautériser de dedans en dehors. La tentative a, du reste, complétement échoué ; c'est qu'en effet l'exécution présente des difficultés très grandes, et qui, je le crains bien, sont insurmontables. Invaginez la peau, et maintenez cinq minutes seulement le doigt dans l'ouverture herniaire, et vous verrez combien il est plus difficile d'obtenir une invagination profonde et combien il est plus difficile de la maintenir pendant le temps nécessaire pour que les adhérences aient eu le temps de se former. Je vois plus d'une difficulté à surmonter pour arriver à la réalisation de votre idée, et si je ne vous les signale pas, c'est uniquement parce que ces difficultés étant surmontées, je n'oserais pas abandonner dans un cul-de-sac cutané un caustique dont le moindre déplacement pourrait produire en arrière la perforation des téguments invaginés et donner lieu à des accidents effroyables.

Si jusqu'à nouvel ordre je me tiens à mon procédé, c'est que je vois ce que je fais, je vais où je veux aller, je ne détruis que ce je veux détruire; l'aiguille en même temps qu'elle contribue à maintenir la peau invaginée, me sert de guide et ne saurait me permettre de m'égarer.

J'ai hâte de terminer cette lettre, mon cher confrère; les raisons qne je viens de vous donner pour motiver ma persistance à suivre les mêmes errements, vous prouveront, j'ai lieu de l'espérer, que vos conseils ont été acceptés avec reconnaissance; le soin avec lequel je les ai discutés témoigne du cas que je fais de celui qui les a donnés. Veuillez me permettre de vous en adresser à mon tour quelques-uns.

Je lis dans votre lettre ces lignes : « Ne m'attribuez pas, je vous prie, ces habitudes de critique honteuse qui s'en vont quêtant dans l'ombre ou vers des familles des renseignements toujours admis sans contrôle s'ils peuvent servir d'aliments aux passions jalouses. Non, j'estime, quant à moi, qu'en matière scientifique

on ne doit jamais juger un auteur que sur son œuvre publiée. » Je ne puis qu'applaudir à ces lignes pourvu que le mot *juger* ait pour vous la même signification que pour moi. *Juger*, de *judicare*, rendre la justice. Mais *je juge* qu'il est peu digne de défigurer la pensée d'un auteur, de prendre une phrase à droite, une phrase à gauche, de les rapprocher de façon à lui faire dire le contraire de ce qu'il a écrit ; cette manière de procéder ne peut, croyez-le bien, que servir la cause que vous combattez.

J'ai laissé de côté l'histoire de votre urologiste, celle de votre *haricot voyageur* et les facéties que vous débitez sur ce vous que appelez le *code Valette*.

---

11. *Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur* ; par le docteur LAURENCET, médecin en chef de l'hôpital civil de Feurs et de la compagnie du Chemin de fer de la Loire.

(Archives générales de Médecine, août 1851.)

C'est, je crois, une vérité reconnue en médecine et en chirurgie, que les divers points de ces sciences sur lesquels on a le plus écrit, où l'on a le plus inventé de méthodes de traitements et de procédés divers, sont encore les plus obscurs et ceux qui laissent le plus de lacunes à combler. Témoins, entre autres, pour la médecine, le croup, la fièvre typhoïde et le choléra ; et pour la chirurgie, l'histoire de l'onyxis, de la fistule lacrymale, des rétrécissements de l'urètre, du traitement des varices, et, enfin, celle des fractures et l'arsenal de leurs appareils. Rien ne prouve mieux, en effet, l'insuffisance d'une découverte quelconque que la facilité avec laquelle une découverte nouvelle surgit à côté de la première, et une troisième succède à celle-ci, ayant pour but le même objet. Elles ont cependant toutes du bon, à coup sûr ; mais si l'une d'elles en avait assez pour répondre à tous les besoins de l'art, toutes les autres deviendraient inutiles en sa présence. Or, c'est ce qui n'a pas eu lieu jusqu'à ce jour dans cette partie déjà considérable du vaste champ de la chirurgie qui traite des lésions mécaniques des os.

C'est dans ces considérations que j'ai puisé la hardiesse qui m'a déterminé à combattre les objections de ma modestie, et à faire part au public médical de mon coussin bivalve. J'irai même plus loin : je regarde comme une sorte de devoir pour tout individu, lorsque l'occasion lui en est offerte, de planter quelques jalons sur la route scientifique que la profession à laquelle il s'est

dévoué l'appelle à parcourir. Au reste, il s'agit ici, comme on le verra, d'une toute petite trouvaille, se recommandant par sa simplicité, que le hasard a mise dans mes mains, et qui m'a rendu déjà de bien grands services dans ma clientèle de campagne. Puissent mes autres confrères, qui exercent comme moi cette médecine laborieuse et remplie de tant de dégoûts, s'en applaudir autant que moi! Le coussin bivalve n'est pas, dans tous les cas, un appareil entier et complet par lui-même, mais il peut s'allier et se combiner avec tous les autres moyens proposés, et former avec eux un accessoire, et plus souvent encore une base utile et commode. Avec les chefs de Scultet, amidonnés ou non, on arriverait aux mêmes résultats, mais avec une plus grande commodité que n'en comportent le drap fanon, les coussinets de balle et les attelles. Dans tous les cas, il met le patient à l'abri des souffrances qui se rattachent souvent aux anciennes méthodes.

Je diviserai ce mémoire en trois chapitres : le premier comprendra la description des coussins appropriés aux fractures de la jambe et aux fractures de la cuisse ; le deuxième, les divers moyens d'extension destinés à compléter l'usage du coussin dans ces lésions pour en faire un appareil vraiment contentif ; dans le troisième, je traiterai de son application aux diverses fractures du membre inférieur, et je comparerai les avantages de ce coussin avec les autres méthodes. Les observations seront disséminées au fur et à mesure des articles auxquels elles se rapportent.

Section Ire — *Description et préparation du coussin.*

§ 1er. *Du coussin pour la fracture de jambe.* — Soit donnée une fracture de jambe d'un adulte de la plus haute taille : 50 centimètres de longueur et 37 centimètres de largeur sont nécessaires au sac destiné à former le coussin bivalve. Pour un adulte de taille moyenne et médiocre, 45 centimètres de longueur et 35 de large suffisent ; mais la distinction que je fais ici n'a vraiment d'utilité que sous le point de vue de la justesse des mesures ; on peut faire déborder le coussin du côté du pied ou du côté du jarret, cela n'importe aucunement. Ce parallélogramme est divisé en deux portions ou valves égales, par une couture moyenne et longitudinale. Cette couture commence au milieu de l'extrémité podalique du coussin, à 10 ou 12 centimètres; cette couture se bifurque pour se terminer avec un écartement de 5 à 6 centimètres à l'extrémité poplité du coussin.

Cela fait, il s'agit de bourrer les deux valves avec la balle d'a-

voine, vulgairement *balloffe*, et de le faire convenablement pour que la tension ne soit ni trop forte, ni trop faible; car de là dépend le degré d'élasticité nécessaire au coussin. Or, voici une règle invariable : prenez la surface totale en centimètres du coussin, et introduisez, également répartie dans les deux valves, la balle d'avoine, à raison de deux tiers de gramme pour chaque centimètre de surface. Ainsi, prenant pour exemple le coussin de la plus grande dimension ci-dessus proposée (50 centimètres de long sur 37 de large), ces deux quantités multipliées l'une par l'autre donnent 1850 centimètres de surface. Répartissez 12 hectogrammes de balle dans les deux valves, et votre coussin aura la rénitence requise pour son usage.

Comme les grandeurs peuvent beaucoup varier depuis l'âge adulte, en descendant jusqu'à l'enfance, je vais poser des règles pour calculer sur-le-champ les dimensions à donner au coussin, quels que soient la longueur et le volume du membre.

La longueur se mesure toujours du bord supérieur de la rotule à la plante du pied : quelques centimètres de plus n'y font rien. On aura toujours une largeur convenable en mesurant avec une bande de papier qui passe sous le derrière du talon la circonférence de la plante du pied. On prend cette circonférence du pied depuis la naissance du gros orteil pour son bord interne, jusqu'à l'extrémité du petit orteil pour son bord externe. Cette mesure égale à peu près celle de la circonférence du mollet; mais elle est plus sûre quand il s'agit d'une jambe émaciée, par exemple, car la circonférence du pied ne varie pas. Or cette largeur est nécessaire à l'extrémité podalique du coussin pour que ses bords, en se relevant, présentent des points d'appui latéraux au pied; c'est là ce qui le maintient dans sa rectitude verticale.

La bifurcation de la couture médiane doit commencer à la naissance du mollet. On peut, sans crainte d'erreur, la faire commencer à un tiers de la longueur du coussin. Son écartement au bord poplité s'apprécie assez facilement pour n'exiger aucun détail de notre part. Cependant il est, en règle générale, du 5e de la largeur du coussin. Celui-ci préparé d'après ces données, on calcule sa surface, et on pèse la balloffe comme il est dit ci-dessus.

§ 2. *Du coussin bivalve pour les fractures de la rotule et du fémur.* — Pour les fractures de la rotule et de la cuisse, le coussin bivalve subit les modifications suivantes : On prend deux mesures : l'une, pour la valve interne, commence à deux doigts du pli de l'aine, et s'étend à 4 ou 5 centimètres au delà du bord du pied; l'autre, pour la valve externe, commence au niveau du

grand trochanter et s'étend aussi jusqu'à 4 ou 5 centimètres au delà du bord du pied. La largeur se prend sur la circonférence de la cuisse, un peu au-dessus de son milieu. On coupe donc un long sac de toile carré, mesuré sur cette largeur et sur la plus grande des deux longueurs, c'est-à-dire sur celle qu'on a prise pour la valve externe à partir du grand trochanter. La mesure plus courte, celle qu'on a prise pour la valve interne, est présentée sur le bord du sac qu'on destine à former cette valve à compter de son extrémité podalique, et l'on marque d'une épingle ou d'un trait de plume le point où elle se termine vers l'extrémité opposée, qui sera l'extrémité coxale du coussin. De ce point au sommet du bord externe du sac on dirige la couture oblique ; on retranche ou l'on remploie le lambeau triangulaire qui ne fait plus partie du sac.

La couture médiane et bifurquée se prolonge jusqu'au bord oblique ou coxal, de même qu'elle se prolonge jusqu'au bord poplité. Dans le coussin destiné pour la jambe, on donne à ses branches le même écartement de 5 à 6 centimètres, ce qui, attendu leur plus grande longueur, rend leur angle plus aigu que dans le coussin de la jambe.

Cela fait, on calcule la surface en multipliant la largeur par la longueur du bord externe, comme si le sac était entier et n'avait point été tronqué obliquement. Mais l'espace triangulaire compris entre les branches et celui du lambeau diminuant la capacité à remplir, on ne pèsera qu'un demi-gramme au lieu de deux tiers de gramme de balloffe par chaque centimètre de surface, et l'on obtiendra la même tension qu'on a obtenue avec deux-tiers de gramme dans le coussin de la jambe. Au surplus, ces données arithmétiques ne sont pas longtemps nécessaires, et l'habitude a bientôt dispensé de l'usage de la balance.

Toutes ces choses prennent bien moins de temps à préparer que le drap fanon, les attelles et les trois coussins de balle d'avoine dont encore bien des praticiens font usage. On peut aussi (et c'est ce que je fais d'ordinaire) tenir chez soi plusieurs coussins pour adultes tout préparés et tout cousus, prêts à être rembourrés chez le client. C'est une grande avance pour une opération qui exige toujours, avec la course (je parle de la médecine de campagne), une bonne partie de la journée ; cela n'occupe pas plus de place dans le porte-manteau que deux ou trois mouchoirs de poche. La balloffe se rencontre dans toutes les maisons de campagne ; à part les lits de maîtres, chez les gens aisés qui ont des matelas, c'est la matière dont se compose le plus habituellement la couche de tous les domestiques des

fermes. J'emploie ordinairement pour confectionner ces coussins de la grosse toile de coton écrue et sans apprêt, qu'on appelle, dans les pays de fabrique, *escamite*. Son prix est tout à fait bas ; ainsi la dépense est presque nulle.

J'ai pensé, mais sans en avoir fait l'essai, qu'il serait possible de confectionner un de ces coussins en tissu caoutchouqué et de l'insuffler d'air. Je n'en ai pas fait l'expérience, ainsi je ne saurais dire si cette modification aurait d'autres avantages que celui du luxe.

§ 3. *De la chevillère lacée.* — Pendant que je suis à décrire, je vais parler de la chevillère lacée dont je me sers pour faire l'extension dans les fractures qui l'exigent. C'est une pièce qui embrasse la cheville et une partie du cou-de-pied ; elle se compose de deux bandes de peau blanche ou de basane souple, cousues par leurs bords. Le supérieur ou bord crural est plus court ; l'inférieur ou podalique est plus long ; les deux autres ont 8 centimètres, c'est la largeur de la chevillère. Ils sont percés d'œillères pour être lacés sur le cou-de-pied, en mettant sous les croisements du lacet une compresse en plusieurs doubles. Des dépressions correspondent aux malléoles ; elles sont circonscrites par une couture circulaire. Entre les deux doubles de peau, on place, avant de les coudre, quatre doubles superposés d'ouate de coton, auxquels on pratique une lunette correspondante à la saillie de la malléole de chaque côté ; au bord podalique sont fixées deux anses solides qui, lorsque la chevillère est lacée, forment étrier pour recevoir le lacq d'extension. La longueur des bords crural et podalique peut varier entre 21 et 25 centimètres pour le premier, et 24 et 28 centimètres pour le second, suivant la grandeur du pied d'un adulte ; la dépression malléolaire s'éloigne alors de la suture qui répond au tendon d'Achille. Cette pièce est fort commode en ce qu'elle se desserre sans imprimer de mouvement au membre fracturé ; mais il convient d'en avoir au moins de deux ou trois grandeurs différentes, à cause des dimensions variables des pieds chez les individus.

§ 4. *Comparaison avec les appareils d'un genre analogue.* — Avant même de passer aux applications du coussin bivalve, il est facile de voir que le membre fracturé doit reposer entre ses deux moitiés latérales comme dans une gouttière. Cette gouttière est plus étroite vers les deux cinquièmes inférieurs ou podaliques, à cause du moindre volume de la portion correspondante du membre. Du mollet au jarret, grâce à la couture triangulaire, la gouttière va s'élargissant par l'écartement de ses valves. Cet écartement se prend aux dépens de leur épaisseur, rognée ainsi

sur leurs faces correspondantes; plus large aussi et plus volumineuse est la partie supérieure du membre qu'elle est destinée à recevoir. Les qualités élastiques de la balloffe, lorsqu'elle est convenablement tassée, suffisent pour que la jambe, par son propre poids, déprime la surface du coussin et l'approprie exactement à ses enfoncements et à ses saillies. La simple prédisposition de la couture triangulaire destinée à produire l'écartement des valves suffit pour rendre égale la force déprimante des diverses portions du membre, malgré l'inégalité de leur poids et de leur volume. Cette couchette, ou espèce de berceau, n'est ni trop molle ni trop dure. L'expérience m'a appris que les blessés ne s'en plaignent jamais, et la supportent admirablement; avec elle je n'ai jamais éprouvé le besoin de durcir le lit en interposant une planche sous le premier matelas. C'est ce qu'un de mes malades appelait assez plaisamment son second matelas, mais qu'il trouvait bien dur! C'est en quelque sorte un lit dans un lit; l'un propre au membre cassé, et l'autre à tout le corps. A la vérité, le poids du membre congénère, en affaissant le matelas de son côté, sollicite le coussin à incliner dans ce sens; mais on corrige cette tendance avec un linge plié en forme de coin, dont on cale le coussin en-dessous. Le tassement qui résulte des proportions de la balloffe, que nous avons indiquée plus haut, donne à ce coussin plus de difficulté qu'on ne pourrait le soupçonner à s'infléchir dans le sens de sa longueur. On peut, quand les lacqs de la cheville et du jarret son posés, le soulever tout d'une pièce par l'extrémité podalique seule sans que les fragments en éprouvent aucun frottement. Si l'on a besoin de transporter le blessé auquel on vient de l'adapter, il suffit que le chirurgien passe un de ses bras sous le milieu du coussin et sous le mollet de la jambe saine, et fasse suivre aux deux membres la direction des mouvements qui sont imprimés au tronc par les aides qui meuvent celui-ci. J'ai fait bien souvent ainsi transférer un fracturé que je venais d'arranger sur une civière, porter ensuite chez lui et transborder sur son lit sans produire le moindre dérangement à la coaptation que j'avais opérée.

La gouttière me paraît la forme la plus convenable pour les appareils à fracture du membre inférieur. Les plus défectueux ont toujours été ceux qui s'en éloignaient davantage, et les plus parfaits ceux qui s'en rappprochaient le mieux. C'est à cette théorie que peuvent être ramenées les découvertes les plus admirables faites en ces derniers temps par la chirurgie pour le traitement des fractures, soit que les inventeurs l'aient conçu *a priori* et d'une manière explicite, soit qu'au contraire ils y aient

été amenés, pour ainsi dire, à leur insu et par des considérations prises d'un autre point de vue. C'est donc ici le cas de jeter un coup d'œil rétrospectif et historique sur l'application des gouttières au traitement des fractures. Je me renfermerai dans les limites que me prescrivent les bornes de ce mémoire sur les premiers essais de ce genre, essais dont les imperfections sont la seule cause qui les a fait repousser de la pratique.

La première idée remonte à Ambroise Paré. C'était simplement un demi-cylindre en cuivre ou en fer-blanc, avec un sous-pied. Il ne s'appliquait qu'aux fractures de la jambe dont on ne lui imprimait par même les formes.

Ravaton perfectionna l'idée en donnant à ses gouttières les formes exactes des membres ; il en étendit l'usage à toutes les fractures du membre inférieur et même à celles du bras ; il les faisait en métal ou en bois. Comme M. Bonnet le fait observer, leur fabrication exigeait une moulure préalable du membre. Dans cette moulure, on battait ensuite la feuille métallique pour lui imprimer la forme voulue. Mais leur défaut le plus grand était encore d'offrir au membre un plan trop dur et trop résistant.

Les gouttières en carton de Sharp et en cuir de Wilson-Gavin offraient le même inconvénient pour leur fabrication, d'exiger une moulure préalable ; celle en carton se déformait trop aisément. M. Bonnet adresse encore à celle en cuir de Wilson-Gavin, mais au point de vue seulement de son emploi dans le traitement des arthropathies, il lui adresse le reproche de n'avoir pas une assez grande solidité pour immobiliser le bassin.

Mayor, de Lausanne, eut l'idée vraiment féconde de substituer aux substances en feuilles et d'une seule pièce, telles que les métaux (cuivre, fer-blanc), le carton, le cuir, le bois, etc., de substituer, disons-nous, un assemblage de fil de fer de diverses grosseurs, en un mot un treillis. Cette composition réunit la solidité à la ductilité. En suivant les modèles et les préceptes de Mayor, elle peut être improvisée par le premier venu, avec plus ou moins d'imperfection, il est vrai, mais sans qu'il soit absolument besoin d'avoir un artiste spécial à sa disposition. Mayor ne paraît pas avoir eu *a priori* en vue et pour point de départ la forme de la gouttière; il semble n'avoir songé d'abord (pour le traitement des fractures) qu'à la surface plane, qu'à la forme de l'attelle ; c'est bien là du moins le sens étymologique de son *hyponarthécie*. Tel est aussi le genre des planchettes dessinées dans son atlas. Mais il est évident en même temps que la malléabilité, la souplesse naturelle de ses treillis, jointes au besoin de placer le

plus convenablement un membre fracturé, l'ont amené d'une manière implicite à les cintrer plus ou moins, et à compléter la forme de gouttière par les remplissages dont ils les garnit. Il peut donc compter parmi les auteurs qui ont employé la gouttière, et même de la manière la plus avantageuse. Je ne doute pas qu'un coussin bivalve, fabriqué d'après les règles ci-dessus posées et placé sur une de ses planchettes en treillis, n'équivalût très bien à ses remplissages, et ne pût aussi favorablement se prêter à la suspension (*hyponarthécie mobilisée.*)

M. Bonnet, de Lyon, me paraît avoir au plus haut degré conçu l'emploi de la gouttière dans le traitement des fractures, et porté les appareils destinés à cet usage à une perfection qui ne laisse rien à désirer, si ce n'est le bon marché. Tout en faisant hommage au chirurgien de Lausanne, de son invention des treillis de fil de fer, il est parti de l'idée préconçue de la gouttière et a modelé ses appareils d'après cette forme. Leur solidité tient à des fils de fer de la grosseur d'une plume d'oie qui constituent la base de la charpente. Ils sont disposés dans le sens de la longueur du membre. On leur donne les inflexions que réclament les enfoncements et les saillies de celui-ci. Des fils de fer fins s'enlacent aux premiers et les croisent dans le sens de la largeur du membre. De là cette facilité du treillis à se courber dans ce sens et à former une demi-ceinture dont les bords se rapprochent à volonté. Ces appareils, inventés par M. Bonnet pour le traitement des arthropathies, sont aussi parfaitement appropriés à celui des fractures du membre pelvien. Pour celle de la jambe, la gouttière et simple est remonte au milieu de la cuisse ; elle est munie à son extrémité podalique d'un trépied qui l'empêche d'incliner latéralement.

Pour les fractures du fémur et de son col, l'appareil commence par une demi-ceinture qui enserre tout le bassin et se bifurque en deux gouttières latérales et semblables à la précédente ci-dessus décrite. Celles-ci reçoivent chacune des jambes et ne se terminent qu'au delà du pied. Elles n'ont pas de trépied, parce que, faisant corps avec la portion de l'appareil qui reçoit le bassin, elles sont invariables comme lui, mais elles sont terminées par un tourniquet à extension. Cet appareil entier, ou grand appareil de M. Bonnet, a, comme le dit son auteur, la figure d'un pantalon dont on aurait enlevé toute la moitié antérieure, depuis la ceinture jusqu'aux pieds. Il est parfaitement rembourré entre les fils de fer et le coutil qui revêt sa face interne. Le bassin est troué d'un passage pour l'émission des matières fécales, et à l'aide d'une mouffle, le blessé peut se soulever dans

son appareil de lui-même pour vaquer aux besoins naturels ; il peut le faire sans imprimer le moindre mouvement aux parties fracturées. Je ne m'étendrai pas davantage sur cette description ; elle est loin d'équivaloir à la moindre figure qu'on en donnerait dans un atlas. Les limites de ce travail ne me permettent pas de le faire ; d'ailleurs l'ouvrage et les planches de M. Bonnet sont assez importants pour mériter de faire partie de toutes les bibliothèques de médecins. Tous les élèves de l'Hôtel-Dieu de Lyon qui ont suivi la clinique de ce chirurgien rendent hommage à la perfection de ces gouttières, et déclarent ne connaître rien d'aussi avantageux, du moins dans toutes les inventions antérieures en date. Je regarde cette restriction comme nécessaire, aujourd'hui que l'appareil amidonné ou dextriné jette un si grand éclat ; mais le moment de le juger n'est peut-être pas encore venu. Il me semble que je me trouverais heureux de recourir au grand appareil de M. Bonnet si j'avais le malheur de me casser un membre. J'ai vu fonctionner cet appareil pour un jeune enfant de ma clientèle, âgé de 5 ans, atteint d'une coxalgie ; il s'y trouvait très bien et le supportait admirablement, à cet âge où la raison n'aide aucunement à la patience ; et cependant, ni moi ni plusieurs des élèves de M. Bonnet, à qui j'en ai entendu faire l'éloge, n'en sommes pourvus. Avant mon coussin bivalve je me servais, pour les fractures de cuisse, de l'appareil dit *de la Charité* et pour celles de la jambe, du drap fanon et des attelles. M. Bonnet lui-même trouve étonnant de n'avoir jamais pu engager ses élèves à les introduire dans la pratique. La raison en est assez claire, et voici le revers de la médaille : En supposant le chirurgien aussi artiste que possible, il lui faudrait d'abord un arsenal d'outils appropriés, et ensuite deux jours au moins pour faire un semblable travail ; or, les blessés, à la campagne surtout, croient qu'il est nécessaire et exigent qu'on les arrange et mette en appareil sur-le-champ. Il faudrait donc être muni à l'avance d'un appareil tout fait, il faudrait aussi qu'il se trouvât à la mesure ; or c'est une dépense qui bien souvent égale ou dépasse la somme que nous pouvons demander à un travailleur pour nos honoraires, après l'avoir très bien soigné. Ce moyen ne serait donc toujours à la portée que des gens aisés ou des établissements publics, comme les hôpitanx. Il resterait la ressource aux médecins de campagne (car c'est surtout pour eux que j'écris, pour eux éloignés des grands centres où l'on peut se procurer promptement un objet qui doit être fait sur commande), il resterait, dis-je, la ressource de se constituer un arsenal de ces appareils en différentes grandeurs. Y en a-t-il beaucoup à qui

leur fortune le leur permît ? La possibilité de ce cas supposée, croit-on qu'il serait toujours aisé de faire accepter un appareil qui paraîtrait avoir déjà servi ?

Pour les praticiens qui ne voudraient pas renoncer à l'excellente méthode qu'offrent les gouttières, et surtout le grand appareil de M. Bonnet, j'ai songé à un système mixte, a une combinaison de son appareil solide et du grand coussin bivalve, destiné aux fractures de cuisse, coussin auquel la solidité fait défaut à cause de sa grande longueur. Cette combinaison détruirait en partie le reproche qu'on adresse au grand appareil de M. Bonnet, et mettrait le patient complétement à l'abri de toute répugnance en lui offrant un revêtement neuf et à très bon compte. Il s'agirait, d'une part, de construire le grand appareil en fil de fer seulement et sans aucun rembourrage ni revêtement ; ceci en diminuerait déjà beaucoup le prix de revient. Dans cette gouttière, on placerait, en guise de revêtement (et il serait encore probablement préférable au rembourrage ordinaire), on placerait le double coussin bivalve de la cuisse ; un troisième coussin, perpendiculaire aux deux premiers, formerait le rembourrage de la demi-ceinture du bassin. Leur angle de réunion répondrait au trou du grand appareil destiné à donner passage au produit de la défécation. Il n'y aurait besoin de donner aucune inflexion aux fils de fer, dans le sens longitudinal, pour leur faire prendre la forme exacte du membre, le coussin bivalve ayant la propriété de revêtir ces formes bien plus exactement. Par ce moyen, les appareils en fil de fer nu, dont un praticien pourrait composer son arsenal de prévision, seraient fort réduits et quand au nombre et quand à la somme qu'il serait besoin d'y consacrer. En effet, un seul appareil, mesuré pour un adulte de la plus grande taille, servirait tout également pour un sujet de taille moyenne, puisqu'il est indifférent que la longueur dépasse le pied de peu ou de beaucoup, et que l'excès de largeur peut toujours se compenser ou s'effacer en rapprochant les bords dans le sens transversal. Il en serait ainsi pour les décroissances de taille, suivant celle des âges. On verra plus bas, au chapitre des applications du coussin bivalve aux diverses fractures, dans quels cas, rares il est vrai, l'on pourrait tirer parti de cette alliance des deux procédés.

Je ne saurais m'abstenir de faire ici quelques réflexions sur le sort d'une foule de méthodes, qu'à l'exemple de M. Bonnet, leurs auteurs ont vainement essayé de vulgariser. Et cependant elles me paraissent moins défectueuses et souvent moins compliquées que celles qui sont restées ancrées dans la routine. Ce n'a

pas toujours été la raison que j'ai donnée pour le grand appareil de M. Bonnet, à savoir d'être trop dispendieux et de n'être pas constamment sous la main. Mayor, de Lauzanne, que j'ai déjà cité, s'est approprié la planchette de Sauter, par les modifications importantes qu'il y a apportées. Il en retire d'excellents avantages que sa pratique met journellement en évidence ; et pourtant, dans ses mémoires, il s'escrime en vains efforts : ses idées n'ont guère fait invasion au delà du rayon de sa clinique. Que sera-ce donc cinquante ans après que cet homme, d'un mérite certainement bien remarquable, aura disparu de la scène chirurgicale ? Ne parlera-t-on de ce qu'il a fait et écrit que par érudition, et pour tracer l'historique de la science ? A quoi cela tient-il ? A plusieurs causes. D'abord, l'évolution de la science est si rapide, et les inventions se succèdent si promptement, qu'aucune n'a le temps d'être goûtée et admise d'une manière générale ; d'autres arrivent, et l'on ne sait bientôt plus à laquelle donner son attention et sa préférence. Ensuite l'esprit humain est fort paresseux et imprévoyant ; il ne pense aux choses qu'il aurait besoin d'apprendre ou de se procurer qu'au moment où le besoin se fait sentir ; ce moment passé, il ne songe plus qu'il peut revenir. Comme on a appris quelque chose en faisant ses études médicales, on tient à ce que l'on sait, par paresse et par crainte de mécomptes ; car il est difficile à l'inventeur de transmettre aux autres toute la confiance et l'habileté que lui ont acquises de longs tâtonnements, une série de faits, de réflexions. Tout le monde n'a pas non plus des goûts artistiques, et l'adresse manuelle de l'artisan. Il semble, au premier abord, que ce ne soit rien que de se procurer des fils de fer de différentes grosseurs et de les modeler avec un pince, de manière à faire une planchette. Eh bien ! cela dépasse encore la capacité de beaucoup d'individus. Pour qu'une chose soit généralement adoptée et suivie, il ne suffit pas qu'elle soit bonne, exellente même, il faut encore qu'elle soit commune, constamment à portée ; qu'elle donne moins de peine que toutes les autres ; en un mot, qu'il n'y ait, comme on dit, qu'à se baisser pour ramasser. Tels sont les avantages que j'ai cru voir dans l'aisance qu'il y a à former le coussin bivalve, dont les éléments se trouvent en tous lieux : une aiguille, du fil, de la toile et de la balloffe. Sans cela je n'aurais pas songé à lui donner de la publicité ; car mes idées me portent à croire que les appareils solidifiables deviendront tôt ou tard la méthode universelle. Si quelque chose est capable d'en retarder l'adoption générale, c'est probablement la minutie et la longueur de temps que nécessite l'opération manuelle de

leur application. Je reviendrai en temps et lieu sur ce point. Dans les cas de fractures compliquées, où bien des chirurgiens proscrivent encore, au moins pendant les premiers temps, les bandages amovo-inamovibles, le coussin bivalve trouvera son application. Enfin ceux qui tiennent encore aux anciennes méthodes pourront lui donner un rôle plus avantageux que celui des remplissages ordinaires. Tout ceci sera développé dans les chapitres suivants qui traiteront de ses usages dans les diverses fractures. Je reviens au coup d'œil sur les gouttières.

C'est encore dans cette catégorie qu'il faut ranger la méthode de Dieffenbach ; elle n'est du reste applicable qu'aux fractures de la jambe : elle consiste à préparer un encaissement de longueur, largeur et hauteur suffisantes pour loger la jambe et le pied. La réduction opérée dans cet encaissement, et le membre préalablement enduit d'un corps gras, on remplit les vides autour de celui-ci avec du plâtre gâché comme pour en prendre la moulure ; les aides maintiennent l'extension jusqu'à ce que le plâtre soit solidifié, ce qui n'est pas long. La partie fracturée est ainsi saisie, pour ainsi dire, en flagrant état de coaptation et saisie de la manière la plus exacte dans un cylindre gypseux qui se modèle sur toutes ses saillies et ses enfoncements. Or, considéré dans sa position horizontale, un cylindre est bien, par sa moitié inférieure, une gouttière véritable. Je n'ai pas usé de ce procédé moi-même ; mais un de mes amis, chirurgien de haut mérite, m'a dit s'en être fort bien trouvé. Il est superflu de faire observer qu'il ne saurait être employé pour les fractures compliquées.

Moins constrictifs, puisqu'on ne peut pas les mettre en contact immédiat avec les téguments, les bandages solidifiables, amidonnés ou dextrinés, se rapportent aussi à la gouttière, puisqu'ils sont également de véritables cylindres. On peut donc toujours par la pensée les partager, au moyen d'une section longitudinale, en une double gouttière dont l'une est antérieure ou supérieure, et l'autre inférieure ou postérieure, suivant que l'on considère le membre vertical et pendant, ou étendu sur un plan. Ce n'est pas une gouttière à large base qui puisse servir de point d'appui pour le repos horizontal ; aussi n'est-elle pas faite pour le repos, mais au contraire pour procurer au membre cassé une mobilité prématurée.

Section II. — *Des systèmes d'extension continue adaptés au coussin bivalve.*

§er 1. — On sait que les muscles jouissent d'une vertu con-

tractile dont l'action est incessante ; elle a lieu en l'absence des mouvements volontaires et pendant le sommeil lui-même. C'est à cette contraction instinctive qu'est dû l'état de demi-flexion des membres dans le sommeil de l'adulte et dans le sommeil fœtal. Lorsque l'os ou les os d'un membre sont entiers, cette contractilité instinctive, qui a ses bornes, trouve une limite à ses forces dans le contre-poids du membre en totalité et dans la résistance des muscles antagonistes. Il n'en est pas de même dans les cas de solution de continuité ; elle agit alors sur des parcelles dont la masse n'est pas assez considérable pour résister.

Celles-ci sont entraînées suivant le sens dans lequel tirent les faisceaux musculaires auxquels elles donnent insertion ; de là cette propension des fragments à s'écarter transversalement l'un de l'autre, ou bien à glisser en sens inverse suivant l'axe de l'os fracturé, et à chevaucher l'un sur l'autre. Cette action physiologique non discontinue a une force que l'on peut en quelque sorte comparer à l'action des radicules d'un végétal pénétrant à travers les pierres d'une muraille qu'elles finissent par déplacer. Elle a de tout temps été la pierre d'achopement de la chirurgie ; pour la combattre on n'a trouvé que quatre moyens jusqu'à ce jour. Le premier a moins pour objet d'obvier aux effets de la contraction musculaire que d'empêcher celle-ci de se produire ; il consiste à donner au membre fracturé certaines positions au moyen desquelles on parvient jusqu'à un certain point à ce résultat. Je n'en parlerai que dans les fractures auxquelles il est applicable ; les trois autres sont : 1° la constriction circulaire ; 2° l'extension et la contre-extension.

Celles-ci peuvent être exercées artificiellement par divers systèmes accessoires ajoutés à l'appareil servant de base. Elles peuvent aussi être exercées naturellement par cet appareil lui-même en vertu de ses propres dispositions. Tels sont, comme on verra, la méthode de Dieffenbach et, à un degré inférieur, les appareils dextrinés ; 3° enfin, en faisant jouer le rôle de puissance extensive au poids de la portion du membre qui est inférieur à la solution de continuité. Ce dernier rôle est exclusivement propre aux appareils de forme cylindrique, de nature solidifiable, et destinés à permettre la mobilité.

Les fractures de toutes les régions du membre inférieur, sauf celles de la rotule, peuvent réclamer ces divers systèmes d'extensions ; c'est pourquoi je me suis décidé à en parler avant de passer aux applications du coussin bivalve. Cette marche peut être logique dans ce mémoire, qui n'est pas, à proprement parler, élémentaire.

Ces mots de traction ou extension continue sont consacrés dans les auteurs de chirurgie ; mais il s'en faut bien qu'on doive les prendre à la lettre. La continuité est, au contraire, de toutes les choses, la plus imposible ; fort heureusement qu'elle n'est pas indispensable. Tout système d'extension ne saurait être autrement qu'intermittent ; encore est-il des sujets qui ne peuvent pas même la supporter intermittente. Il en existe pourtant dont le système nerveux est assez tolérant, mais c'est le plus petit nombre, parmi ceux du moins que j'ai eus à traiter. Leur impatience leur fait transgresser les prescriptions du chirurgien en son absence ; il est plus facile d'abuser celui-ci que d'endurer une douleur qui n'a point de rémission spontanée. Si ce n'est pas sa force, son acuité, c'est sa continuité qui la rend terrible. Ce genre aurait mérité de trouver sa place parmi les supplices qu'inventaient ces tyrans fameux de l'antiquité.

§ 2. — J'ai dit, au commencement de ce travail, que mon coussin pouvait se marier avec les appareils anciennement usités et former avec eux un accessoire, et souvent une base utile ; en voici la preuve : Un chirurgien tient-il au système aveugle des forces extensives fourni par une machine assez dispendieuse, et qui, de l'aveu même de son inventeur, Boyer, n'est pas tolérable pour tout le monde ; eh bien ! qu'il emploie avec elle le coussin bivalve. Celui-ci remplacera, dans l'appareil de Boyer, son drap fanon, ses remplissages, ses coussinets séparés, son attelle supérieure ; il ne s'agira que de placer le coussin bivalve entre l'attelle externe et l'interne avec des liens qui embrasseront les trois choses à la fois. Après tout, la semelle, le sous-cuisse, et les deux attelles, dont l'externe est armée de la vis de rappel, constituent le système extensif tout entier de Boyer ; le surplus répond aux usages du coussin bivalve, mais beaucoup moins avantageusement, et exige des retouches continuelles dont ce coussin est exempt.

Avant d'avoir trouvé mon coussin, je me servais de l'appareil dit *de la Charité* pour les fractures du corps du fémur à grande obliquité, ou dont les fragments avaient beaucoup de tendance à chevaucher. Cet appareil, bien plus doux et plus simple que celui de Boyer, emploie une force plus modérée à tirer le pied. Malgré cela, sa continuité rendrait cette traction insupportable à beaucoup de patients. J'avais à peine tourné le dos, que le malade desserrait le lacs du sous-cuisse qui passe dans la mortaise du haut de l'attelle externe, ou bien, s'il avait des gardes complaisantes, il faisait desserrer celui qui porte sur la traverse par laquelle les deux attelles sont réunies au devant de la plante du

pied. Aussi j'avais souvent, à la fin du traitement, l'occasion de constater un léger chevauchement dont la mesure me donnait celle de la tolérance et de la docilité du malade. Cet appareil est en réalité le même que celui de Boyer, mais sur une petite échelle, et sauf la mécanique de la vis qui en constitue la partie la plus chère. La semelle pouvait aussi se remplacer sans dépense par un lacs formant étrier à la plante du pied et fixé par une simple bande autour et au-dessus des malléoles. Cet appareil m'offrait un inconvénient : c'est que le membre, par son poids, glissait entre les coussins latéraux et s'abaissait au-dessous d'eux de tout ce dont il déprimait l'aire du matelas. Il m'était venu plus d'une fois à l'idée de relier les deux coussins latéraux par des bandes transverses par-dessous le membre. Cette indication est tout entière et bien mieux remplie par le coussin bivalve. Aussi ai-je cru devoir, pour ceux dont la religion reste fidèle aux anciennes méthodes, mentionner cet appareil évidé ; j'y ai seulement introduit la modification qui consiste en quelques mortaises longitudinales percées le long des bords des attelles qui doivent être les bords inférieurs. Elles servent à donner passage à des bandes qui traversent sous la face inférieure du coussin bivalve, ressortent par les mortaises correspondantes de l'attelle opposée, et puis, repassant pour croiser de nouveau leurs chefs, sous le coussin, remontent le long de la face externe des attelles pour venir se nouer au-dessus du membre; elles relient ainsi l'un à l'autre les bords inférieurs des attelles par-dessus le coussin bivalve, et empêchent celui-ci de glisser avec le membre qu'il supporte entre les deux attelles latérales.

§ 3.— Au nombre des moyens de traction, il en est un assez employé aujourd'hui, dont je ne sais à qui revient l'honneur de l'invention : c'est celui que l'on opère à l'aide d'un poids, tel qu'un sac de sable ou un panier de pierres que l'on suspend en dehors de la dossière du lit, au prolongement du lacs d'extension. La contre-extension se prend sur l'ischion à l'aide d'un lacs rembourré dans la partie qui correspond à ce point ; ses prolongements se fixent à la dossière supérieure du lit. On peut, quand il en est besoin, rendre cette traction intermittente en glissant de temps à autre un point d'appui sous le panier ou le sac qui contient la charge. Je ne sais si ce mode diffère beaucoup, quant à l'effet et sous le rapport de la souffrance, de tous les autres. La douleur qui en résulte a toujours les mêmes siéges, à savoir : dans l'articulation intermédiaire aux points de traction et au siége de la fracture (le genou pour celle de la cuisse), et ensuite dans les points d'attache des lacs d'extension et de contre-

extension (l'ischion et les malléoles). C'est bien à peu près comme la différence d'un moxa de coton à un moxa d'armoise. Il s'agit toujours, dans ce dernier cas, de brûler la peau, et dans le premier, d'exercer un ou deux points de constriction plus ou moins éloignés pour distendre les parties intermédiaires.

L'intermittence, dans ces derniers systèmes de traction, est-elle une chose bien regrettable? Dans tous les cas, elle est inévitable, et cela n'empêche pas, quand le sujet la supporte de cette manière à un certain degré, qu'on obtienne par son moyen d'assez bons résultats.

§ 4. — Les appareils qui enserrent exactement le membre dans un étui solide, tel que le plâtre coulé de Dieffenbach, ont la propriété d'exercer d'une manière permanente les tractions en sens inverse. En effet, ils forment un cylindre inflexible dont les extrémités, en infundibulum, aboutissent à des parties trop renflées et trop volumineuses pour pouvoir s'y engager. Les extrémités du membre cassé sont dont tenues repoussées l'une de l'autre et empêchées de se rapprocher : c'est comme si le genou était tiré en haut par un lacs, et les malléoles en bas par un autre.

M. Velpeau a voulu attribuer la même propriété à l'étui dextriné qu'il emploie ; mais il est bon d'observer d'abord (et ceci est applicable même à l'appareil de Dieffenbach) qu'un membre n'est pas composé de couches homogènes et incompressibles. On ne peut pas exercer sur elles une constriction indéfinie comme on ferait sur une queue de billard cassée dont on ficellerait les fragments rapprochés. S'il en était ainsi, la compression circulaire suffirait dans tous les cas ; mais au-dessous de la peau, qu'on ne peut même serrer que modérément, il existe plusieurs couches de muscles mobiles entre elles. Notez encore qu'on est obligé de placer entre la peau et les bandelettes solidifiables une couche au moins de bandes non enduites. Ceci fait que la compression est moins forte, et le saisissement des parties moins immédiat et moins exact que dans l'appareil gypseux.

§ 5.—Mais si l'appareil dextriné est inférieur à ce dernier sous ce rapport, il l'emporte sur tous pour le genre de traction qui lui est inhérent. C'est celui qui est le meilleur de tous, qui malheureusement ne se trouve pas pour toutes les fractures à la disposition du chirurgien, et qui consiste à faire jouer par son poids le rôle de puissance extensive à la portion inférieure du membre cassé ; il faut pour cela qu'il soit pendant. Cette condition peut toujours exister pour le bras ; et c'est à cela seul qu'est due la facilité avec laquelle on maintient la coaptation dans cette partie du membre thoracique. Après le bras vient la

cuisse. Ici l'extension est exercée par un poids encore supérieur, celui de la jambe et d'une portion de la cuisse elle-même ; mais, dans le bras, l'extension s'exerce de jour et de nuit, si l'on y tâche. Dans la cuisse, au contraire, elle est intermittente ; mais en cela elle n'a pas de privilége à envier aux autres méthodes, d'après ce que j'ai dit plus haut. Cet avantage qui, du reste, n'est pas le seul, me paraît si majeur, que je crois qu'on en viendra tôt ou tard à regarder ce mode de traitement comme le plus favorable aux fractures de cette portion du membre abdominal. La doctrine de M. Seutin serait peut-être déjà vulgarisée, s'il suffisait de dextriner la cuisse cassée ; mais quand il s'agit de comprendre dans ce bandage inamovible toute la jambe, plus le bassin, pour lequel on établit encore un spica, c'est présenter à l'esprit des praticiens un travail et des difficultés qui sont capables d'en repousser plus d'un. L'inventeur d'une méthode compliquée a toujours, pour l'appliquer, une dextérité qu'il lui est difficile de faire passer dans l'esprit et les mains des autres.

M. Velpeau, qui est un des plus fermes soutiens du bandage de M. Seutin, à cela près qu'il remplace l'amidon par la dextrine, n'emploie cependant ce bandage que pour les fractures de la jambe exemptes de complications.

Section III. — *Application du coussin bivalve aux fractures de la jambe.*

§ 1er.—Le coussin ci-dessus décrit une fois cousu, on le rembourre de balle d'avoine par le bord poplité ou par le bord podalique ; c'est ce dernier qui est préférable, à cause de sa plus grande dimension en largeur. Cette considération a plus d'importance encore pour le coussin de la cuisse, à cause de la très grande longueur qu'on est quelquefois obligé de lui donner. Pour ce dernier surtout, il faut introduire la balle petit à petit ; après chaque double poignée, il faut la tasser avec un rouleau de bois qui plonge au fond. Cette précaution est au moins utile pour la moitié du sac la plus éloignée du bord par où se fait l'introduction ; quant à cette dernière moitié, l'avant-bras et la main peuvent suffire. Dans le coussin de la cuisse comme dans celui de la jambe, on doit, en introduisant la balloffe, ménager le tassement de manière que le côté podalique soit plus tendu que les autres points, ce dont je donnerai la raison bientôt. Le rembourrage fini, et le dernier bord cousu solidement, on place sur le coussin transversalement, comme on ferait sur un drap fanon, les chefs de Scultet ; on les pose par étagère et en s'imbricant de manière

que le dernier en bas arrive au point du coussin qui doit répondre au-dessus des malléoles. Ensuite, le membre cassé étant réduit, je le fais poser par les aides qui ont pratiqué et qui continuent encore, quoique avec moins de force, les tractions; je fais poser, dis-je, le membre tout du long sur le milieu des chefs de Scultet, qui est aussi le milieu des deux valves. Après avoir ajusté ces chefs en les croisant et repliant à la manière accoutumée, je fais relever, par une troisième personne, les deux valves du coussin contre les malléoles et le pied. L'aide qui tire sur cette partie ne la tient plus que par le talon avec le pouce et l'index ; je passe en ce point un lacs en cravate ou une bande de trois doigts que je noue sur le côté ; aussitôt je fais aussi relever les deux valves entre le genou et le mollet, et je passe en ce moment un second lacs semblable au premier. Alors je fais cesser les tractions qu'ont exercées jusqu'à ce moment les aides; quelquefois je fixe d'une valve à l'autre, à l'extrémité podalique, une bande transversale qui ressemble à une semelle. Dans tous les cas, elle ne touche pas le pied par la plante, à moins qu'on n'ait l'intention d'en faire un agent de répulsion pour celle-ci dans la vue de combattre par là quelque tendance vicieuse du fragment inférieur. Son but est de rapprocher plus fortement les deux valves par leur extrémité inférieure, parce que le pied, par son talon qu'il présente à leur écartement, agit à la manière d'un coin ; il prend appui sur elles par ses côtés plutôt que par sa face postérieure. C'est pour qu'il en soit ainsi le plus possible, que nous recommandions de donner surtout une plus grande tension aux valves à leur extrémité podalique. Quand ces précautions ont été prises, on voit rarement le blessé accuser ces douleurs du talon qui sont si fréquentes avec l'appareil cannelé. Dans cet appareil, en effet, le talon, posé sur le matelas, lui transmet tout le poids du pied, augmenté encore de celui de l'appareil. Je n'ai pas besoin de dire que la fracture a été jugée avoir besoin d'une traction continue ; on a dû avoir, avant de lier le coussin, le soin de placer la chevillère lacée. Bien entendu qu'un arceau est placé au-dessus du pied pour empêcher le poids des couvertures de le faire dévier.

Toutes les fois qu'il ne s'agira que d'une fracture simple ou peu gravement compliquée, soit du tiers supérieur, soit du milieu de la jambe, le coussin bivalve pourra suffire ; il suffira même sans l'aide du bandage de Scultet, et sans aucun système d'extension, si la fracture a peu d'obliquité. Dans ce cas, la simple position du membre, rien que son décubitus, sur un plan mollet, qui s'adapte comme par moulure à sa forme, est suffi-

sante : rien autre ne devient nécessaire pour maintenir l'immobilité et pour attendre la consolidation ; car ce dernier ouvrage est celui de la nature et non de l'art.

En désignant les fractures des trois points que je viens d'énoncer, j'ai entendu excepter celles du quart inférieur et même aussi celles beaucoup plus rares du quart supérieur. Pour celles-là, sur lesquelles j'aurai à revenir, le seul coussin serait bien loin de pouvoir remplir toutes les indications.

Ce que je dis des fractures peu obliques conviendrait, à plus forte raison, pour les fractures transversales ou en *rave* des auteurs, si toutefois il en existe qui méritent ce nom : j'avoue que je n'ai pas eu l'occasion d'en rencontrer. Si je n'avais pas foi dans les assertions d'autrui, je serais bien tenté de considérer leur existence comme très problématique.

§ 2. *Observations.*

Obs. I. — La première fois que je fis un coussin bivalve, je me trouvais appelé, au milieu de la nuit, à trois lieues de ma résidence, dans un hameau assez éloigné du bourg. Je devais me trouver de bon matin chez un autre client demeurant à même distance, d'un rayon opposé. J'avais donc peu d'instants à perdre. Il n'y avait dans cette maison, aisée du reste, ni planches minces, ni scie. Après la réduction, voyant que j'avais affaire à une fracture peu oblique du tibia seul, dont les fragments restaient en place après que l'extension avait cessé, j'improvisai un coussin de toile que je partageai, suivant sa longueur, par une couture médiane. J'emplis de balloffe ses deux moitiés ; je croisai, sans les serrer beaucoup, les chefs de Scultet; je plaçai les lacs ; je mis pour garantir le pied, en guise de cerceau, une de ces couvertures en arc qui couvrent les berceaux d'enfants du côté de la têtière. A mon retour, qui eut lieu 30 heures après, ma blessée se trouvait si bien que je ne voulus rien changer. Au 30e jour elle se leva, marcha avec des béquilles ; 10 jours après elle commença d'appuyer le pied. J'eus moins à modifier qu'à analyser ce moyen pour le généraliser plus tard, car le hasard m'avait presque d'emblée fait tomber sur les proportions et les dimensions que j'ai arrêtées aujourd'hui, pour mon coussin, après une expérience de trois années. Une fracture aussi simple aurait bien évidemment guéri sans aucun appareil. La gêne, ici, n'était pas nécessaire ; mais celui-là, précisément, n'en comporte aucune, il favorise d'ailleurs mieux l'immobilité que ne pourrait faire l'abandon même du membre.

Je me serais servi de ce coussin quelques années avant si je l'avais connu, pour le cas suivant :

Obs. II. — Un homme de 40 ans, adonné journellement et depuis longtemps au vin, se casse le tibia, à minuit, en sortant d'un cabaret isolé. Il appelle au secours ses camarades aussi ivres que lui : ceux-ci ne se retournent pas croyant qu'il plaisante. Il passe ainsi dans la rue une nuit fraîche d'automme, et on l'apporte à mon hôpital à la pointe du jour. Je le place dans un appareil cannelé presque sans serrer les bandelettes. Trois ou quatre heures après je fus rappelé ; je le trouvai dans une exaspération nerveuse extraordinaire : la moindre constriction était intolérable ; il y avait du gonflement au mollet dont la fracture occupait presque le milieu, mais la coaptation s'était maintenue. Je plaçai la jambe sur le côté, en demi-flexion, et la fracture guérit très bien ainsi sans difformité. Si cet homme avait été loin de moi, je me serais cru obligé de le visiter très souvent avec cette absence de toute contention, car elle fut aussi impossible plus tard que le premier jour. Le coussin m'aurait évité toute espèce d'inquiétude.

Obs. III. — Un jeune homme de 22 ans, après des libations un peu copieuses, se rendait, par une nuit des premiers jours de septembre, chez son frère, dans une commune voisine, au milieu de l'obscurité de la nuit. Il se laisse choir au travers d'une pincé dans une tranchée du chemin de fer de la Loire, ayant 15 pieds de profondeur. Les deux os de la jambe sont cassés un peu au-dessus du tiers-inférieur, avec perforation de la peau par les fragments du tibia : le délabrement ne fut cependant pas très grand, peut-être parce que la botte du blessé avait un peu maintenu le membre. Éloigné de toute station de cantonnier, il appela vainement au secours pendant la nuit, où, par bonheur, les trains ne parcourent pas la voie. Il finit par s'endormir dans le vin et la fraîcheur. Vingt heures après, j'étais auprès de lui. Je réduis la fracture, je panse la plaie avec de la charpie ; je replie les bandelettes de Scultet et place le membre dans le coussin bivalve. Le malade dormit toute cette premiere nuit et les suivantes sans ressentir la moindre fièvre. La suppuration, qui ne fut pas forte, ne nécessita des pansements que tous les deux jours. Au 17e jour la plaie était fermée. On le transporta en civière à une lieue plus loin chez son père. Au 40e jour il commençait de marcher comme il eût fait après la fracture la plus simple. Il n'avait pas souffert un seul instant.

Les pansements sont très commodes avec le coussin bivalve. En écartant ses deux moitiés, pendant qu'un aide tient le pied

par les orteils, on reconnaît qu'entre elles et la jambe il existe tout le jeu nécessaire au pansement.

Obs. IV. — Un homme de 40 ans passés allait à cheval dans un chemin montueux, par une neige de plusieurs jours ; sa monture glisse et tombe sur le flanc, la jambe du cavalier restant engagée dessous. La fracture des deux os a lieu au quart inférieur à 3 pouces tout au plus au-dessus des malléoles, avec perforation de la peau. Quatre gros fragments du tibia se laissaient bien distinguer et bruissaient sous la pression du doigt; je plaçai des compresses gradués des deux côtés des bords du tibia pour empêcher, autant que possible, la divagation des fragments de cet os, et leur confusion avec ceux qui pouvaient appartenir au péroné ; je serrai modérément les bandelettes de Scultet, attendu la connaissance que j'avais du tempérament nerveux et irritable de mon blessé. Pendant les cinq premiers jours, à ma visite du matin, je desserrais les bandelettes et les réappliquais bientôt ; il en résultait un soulagement qui se prolongeait jusque vers le tiers de la nuit ; mais après les cinq premières, il ne connut plus cette espèce de fièvre. Cependant la suppuration ne fut pas très considérable, comme je m'y attendais, après un tel accident ; elle s'arrêta vers le 20e jour sans avoir donné lieu à ce que je redoutais, la nécrose et l'élimination de quelques parcelles plus ténues des os. Quant à celles plus grosses, au nombre de quatre, dont j'ai parlé, elles se sont soudées en magma dans la position où je les avais rapprochées plutôt que réduites, et l'on en perçoit encore les inégalités. Au bout du mois, le blessé se levait la journée sur un fauteuil, la jambe reposant sur un coussin bivalve sans aucun lien. Au 40e jour il a commencé à marcher. Il y avait du raccourcissement, mais moins que je ne m'y serais attendu. Il existait déjà une légère claudication de ce membre, suite d'une affection coxale datant du bas âge ; elle n'en a pas été bien sensiblement accrue. Mais, ce qui, je crois, était inévitable dans une fracture de ce genre, le gonflement du bas de la jambe, quand on fatigue un peu, survit encore après onze mois. Il est probable qu'il continuera quelque temps, bien qu'il aille toujours en décroissant.

Obs. V. — Un aliéné, comme on en trouve un au moins dans chaque commune rurale de France, un de ces fous inoffensifs qu'on n'enferme pas et qu'entretient la charité publique ou particulière, fut apporté à mon hôpital. Le tibia était cassé si obliquement que je sentais l'extrémité du fragment inférieur au niveau de l'expansion fibreuse de la patte d'oie, et celle du fragment supérieur avait sa saillie évidente au côté opposé vers le

quart inférieur de la jambe. La difficulté du diagnostic ne pouvait dépendre ici que de l'étrangeté du cas ; rien ne fut ni douloureux ni difficile dans la réduction. Le membre fut placé dans le coussin bivalve avec les bandelettes de Scultet peu serrées. Je le visitai deux ou trois fois jusqu'au 13e jour, selon mon habitude. Ce jour-là la sœur me fit mander avant l'heure de ma visite; voici ce qui était arrivé : Dans un de ces accès ou paroxysmes, où sa lucidité médiocre disparaissait complétement, mon fou avait, dans la nuit, délié tout son appareil et rendu sa jambe parfaitement libre, mais les fragments étaient déjà soudés, ce qui n'a pas toujours lieu du 12e au 13e jour. J'attribuai cette précocité du travail à l'excellence de la santé générale ordinaire aux aliénés. La résistance d'un cal si récemment organisé trouvait aussi une explication dans la grande étendue des surfaces qu'il avait réunies. Je fus quitte pour remettre mon malade en appareil, et cette fois-ci j'arrêtai tous les liens par des points de couture au lieu de simples nœuds. Au 30e jour, et dès les premiers instants qu'il fut levé, il eut confiance dans son membre et s'en fit un point d'appui, secondé simplement par une canne.

Je ne multiplierai pas les observations après celle-ci, que je n'ai déjà citée que pour la rareté de son genre ; elles se ressembleraient toutes : consolidation ni plus ni moins précoce, soudure ni plus ni moins régulière qu'avec les autres appareils; mais absence de souffrances pour le patient, et tranquillité pour le chirurgien que l'on ne dérange pas à chaque instant. Ce dernier avantage est à considérer dans la pratique de campagne.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

12. *Remarques sur quelques faits de chirurgie pratique* ; par M. Fano, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris

(L'Union médicale, Nos 68 et 71 ; 10 et 17 juin 1851.)

Fracture des deux os de la jambe gauche chez un individu atteint d'une hémiplégie incomplète datant de la première enfance ; — application d'un appareil de Scultet ; — Consolidation rapide de la fracture.

Obs. I. — Le nommé Gardet, âgé de 23 ans, charretier de son état, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 31 décembre 1847. La veille de son entrée, les deux roues d'un haquet, par lequel il avait été renversé, lui avaient passé sur le pied droit et la jambe gauche. Cette dernière a été fracturée, tandis que le pied droit

n'a souffert qu'une contusion modérée caractérisée par une légère infiltration de sang de côté du la face dorsale.

Gardet a été affecté à l'âge de deux ans d'une hémiplégie du côté gauche ; il est resté de cette hémiplégie un affaissement de la sensibilité et de la motilité des membres correspondants. Toutefois il ne paraît pas que les membres du côté gauche soient moins développés que ceux du côté droit.

On constata chez ce malade une fracture transversale de la jambe gauche, ayant son siége à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Cette fracture est compliquée d'une petite plaie très superficielle située à la partie externe de la jambe.

On plaça le membre fracturé dans un appareil de Scultet, après l'avoir entouré d'un cataplasme émollient que l'on renouvela toutes les vingt-quatre heures.

Le 3 janvier 1848, il existait encore un peu de gonflement de la jambe fracturée. Le pied correspondant a une tendance bien marquée à diriger sa pointe en bas. La petite plaie qui occupe le côté externe de la jambe ne s'est pas agrandie. On remet l'appareil de Scultet et, à partir de ce moment, on cesse l'application des cataplasmes émolliens. On serre de temps en temps l'appareil contentif pour maintenir appliqués, l'un contre l'autre, les fragments de la fracture.

Le 10 février, conséquemment quarante-et-un jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on examine la jambe et on constate la consolidation parfaite de la fracture.

Le 18 février, le malade demande à nous quitter et on reconnaît qu'il marche aussi facilement qu'avant l'accident qui lui est arrivé. Il boite un peu, mais il boitait avant la production de la fracture, circonstance qu'il est facile d'expliquer par l'inégalité dans le développement des forces musculaires des deux côtés du corps, et peut-être aussi par une légère différence dans la longueur des membres inférieurs.

Ce que le fait que nous venons de rapporter offre surtout de remarquable, c'est la rapidité avec laquelle est survenue la consolidation de la fracture. Si le malade s'était trouvé dans des conditions entièrement physiologiques, ce résultat ne nous aurait pas étonné. Mais il était atteint d'une hémiplégie incomplète du côté même où existait la fracture : on pouvait donc raisonnablement supposer *à priori* que le travail de consolidation de la fracture aurait une durée assez longue. Cette question offrait d'autant plus d'intérêt qu'elle ne semble pas avoir fixé d'une manière spéciale l'attention des pathologistes. C'est ainsi, par

exemple, que dans l'article FRACTURES du *Dictionnaire de médecine en 30 vol.*, les savants auteurs qui l'ont rédigé n'ont pas parlé de l'influence de la paralysie complète ou incomplète sur la consolidation des fractures. Van Swieten, dans son paragraphe intitulé *Tempéries* où il discute les causes qui mettent obstacle à la guérison prompte des fractures, n'a guère été plus explicite. Et cependant la question offre de l'intérêt non seulement au point de vue pratique, mais encore au point de vue de la physiologie. La travail de consolidation des fractures est un phénomène de nutrition, or la question de savoir si le système nerveux a de l'ifluence sur la nutrition est encore douteuse et différemment résolue par les physiologistes. Si les expériences de Mouro, de Stannius, de Mayo, etc. (*Dictionnaire de médecine en 30 vol.*, article nutrition et cours de *physiologie* de M. Bérard, professé en 1849) sont de nature à refuser un rôle au système nerveux dans le phénomène de la nutrition, les faits de MM. Tanquerel et Denis semblent motiver une conclusion diamétralement opposée.

Toutefois il ne sera pas sans intérêt de rapprocher mon observation de celle qui a été faite par M. professeur Bérard lui-même ; cette observation est rapportée en ces termes (Ph. Bérard, *loc. cit.*, page 182) : je me suis assuré que les plaies des membres frappés de paralysie se cicatrisaient avec assez de rapidité. Un homme, admis dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, avait la partie inférieure du tronc et les membres abdominaux complétement privés du sentiment et du mouvement, par suite d'une myélite traumatique qui avait complétement détruit la portion lombaire de la moelle ; une incision que je pratiquai vers le milieu de la cuisse et qui ne causa aucune douleur, était complétement cicatrisée avant la mort du malade.

Tumeur cancéreuse du sternum ; — tumeur cancéreuse de la sixième côte gauche ; — dégénérescence encéphaloïde de la capsule surrénale gauche ; — tumeur encéphaloïde du foie ; — tumeur cancéreuse du sacrum.

OBS. II. — Le nommé Meunier, âgé de 40 ans, ébéniste, d'une taille moyenne, cheveux et barbe d'un brun foncé, est d'une constitution peu robuste, mais n'a jamais été atteint de maladies graves. Il ne se rappelle pas avoir eu jamais d'hémopthysie, mais il s'enrhumait facilement. Jamais non plus il n'a eu d'abcès froid, ni d'engorgement ganglionnaire ; en fait de maladies vénériennes, il n'a eu qu'une blennorrhagie qui a duré six semaines.

Il y a un an qu'il a commencé à éprouver des douleurs vagues dans la poitrine et dans le dos; ces douleurs ont été assez vives pendant quelque temps pour l'empêcher de remuer les bras. Ces douleurs ayant ensuite disparu, elles ont envahi la cuisse et la jambe droites, en s'étendant depuis l'échancrure sciatique jusqu'au talon. A cette époque, le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine et on lui donna des bains sulfureux; on lui appliqua aussi des ventouses scarifiées et des vésicatoires sur le trajet du nerf sciatique droit. Ce mode de traitement indique bien évidemment qu'on avait cru avoir affaire à une névralgie sciatique, et la méprise était sinon inévitable, du moins très difficile à éviter. Quoi qu'il en soit, ces moyens thérapeutiques procurèrent une amélioration momentanée et le malade quitta bientôt l'hôpital. Mais au bout de quelques jours les douleurs étaient revenues; il s'y était joint une *grande faiblesse dans les reins*, et Meunier fut contraint de réclamer de nouveau les secours de l'art. A cette époque aussi, c'est-à-dire deux mois avant celle où nous avons commencé à l'observer, le malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur à la partie inférieure des reins, cette tumeur était alors fort petite; néanmoins elle éveilla l'attention de l'honorable médecin qui le soignait, et après un traitement analogue à celui de la première fois, traitement qui ne produisit aucune amélioration, le malade fut transporté dans le service de M. Denonvilliers, où il entra le 15 janvier 1848. Voici dans quel état il se trouvait le 3 février, lorsqu'il fut soumis à notre observation :

Au niveau de la base du sacrum, entre les épines iliaques postéro-supérieures existe une tumeur assez bien circonscrite; peu saillante, aplatie plutôt que globuleuse, ayant l'étendue d'environ une pièce de cinq francs. Cette tumeur est molle, élastique, fluctuante, peu douloureuse au toucher et à la pression. Les téguments qui la recouvrent ne sont nullement altérés.

A sa droite, et séparée de la première par la crête iliaque, existe une autre tumeur du volume d'une noix présentant les mêmes caractères que la première. La pression exercée sur l'une de ces tumeurs distend l'autre, ce qui permet de supposer qu'elles forment deux portions d'une seule et même tumeur.

La pression sur toute la ligne des apophyses épineuses n'est pas douloureuse; il en est de même de la pression sur les symphyses sacro-iliaques, mais celle que l'on exerce au niveau du bord inférieur du muscle grand fessier détermine une souffrance assez vive.

Meunier se plaint d'éprouver de la douleur; il compare celle-ci à des élancements, le long de la partie postérieure de la cuisse

droite et de la partie externe de la jambe du même côté. Il ne présente du reste aucun affaiblissement de la sensibilité ni de la motilité des membres inférieurs.

Ces jours derniers, le malade a été pris d'une dysurie qui a nécessité l'emploi du cathétérisme. Il a aussi une forte constipation.

A la partie antérieure du sternum, à la réunion de ses deux moitiés, existe une petite tumeur du volume d'une noisette. Cette petite tumeur se serait formée, au dire du malade, à la suite d'un coup sur le sternum. Cette tumeur, très mobile, bien circonscrite, molle et élastique, est un peu douloureuse au toucher. Elle ne présente pas une sensation franche de fluctuation.

L'état général du malade est d'ailleurs assez satisfaisant; il a peu d'appétit, mais les digestions sont bonnes.

Jusqu'au 3 mars, il ne survint aucun changement remarquable; mais, à cette époque, la tumeur de la région sacro-iliaque offrit un degré de tension plus considérable, sans toutefois augmenter sensiblement de volume. Mais le pied droit perdit la faculté d'exécuter aucun mouvement. La sensibilité tactile et de douleur furent abolies dans le côté externe du pied; la sensibilité de douleur fut seule abolie dans le côté externe de la jambe. Il se manifesta aussi, dans la jambe et le pied droits, des douleurs que le malade comparait à une sensation de brûlure.

Jusqu'au 18 mars, l'état de Meunier ne changea pas sensiblement, si ce n'est au point de vue de la faiblesse, qui tous les jours faisait des progrès. Bientôt aussi les garderobes et les urines devinrent involontaires. Il se manifesta un amaigrissement rapide.

Le 28, il s'était formé une escharre au niveau du grand trochanter de chaque côté; le malade tomba alors dans un état d'affaiblissement excessif.

Le 30, il se manifesta un autre phénomène, à savoir, une abolition dans la faculté d'accomplir le mouvement d'élévation avec le bras gauche. Lorsqu'on portait le membre en haut, il retombait. Meunier avait toujours une incontinence de matières fécales et d'urine.

Le 4 avril, la vessie paraissait fortement distendue; on introduisit dans cet organe une sonde en argent qu'on eut assez de peine à introduire. On constata le passage par le bout libre de la sonde, d'urines d'abord limpides, puis pulvérulentes.

Le 8, Meunier fut dans un état d'affaiblissement considérable; le pouls devint petit et fréquent. L'urine était retenue dans la vessie, fortement distendue. La paralysie persistait dans

les portions de membre que nous avons précédemment mentionnées. Enfin, la mort du malade survint dans la journée du 10 avril.

L'autopsie fut faite trente-six heures après.

Autopsie. — Le crâne ne fut point ouvert.

Thorax. — 1° Toute la moitié droite du sternum, comprise entre les deuxième et troisième cartilages costaux, a disparu. Elle est remplacée par une tumeur de la grosseur d'une noisette environ ; tumeur évidemment formée par de la matière encéphaloïde au milieu de laquelle on distingue des cloisons fibreuses. Cette tumeur est bien circonscrite ; son enveloppe est constituée par le périoste. La moitié gauche du sternum, comprise entre les limites dont nous avons parlé, semble parfaitement saine.

2° A gauche du thorax, au niveau de la 6e côte, existe une tumeur longue de 0 mètre 11 centimètres, de forme ovalaire, recouverte en dedans par la plèvre pariétale et faisant une saillie manifeste à la partie interne de la poitrine. Cette tumeur ayant été fendue suivant sa longueur, il est facile de constater qu'elle est de nature encéphaloïde, formée d'un tissu entièrement analogue à celui de la tumeur du sternum, et que la portion de côte à laquelle elle correspond est complétement détruite.

3° Les poumons sont parfaitement sains; le droit présente quelques adhérences anciennes. Le péricarde est également sain.

Abdomen. — Les intestins examinés à l'extérieur n'offrent rien à noter; tous les désordres sont concentrés dans le petit bassin. Ainsi le rectum est fortement dévié à gauche de la ligne médiane par une tumeur grosse comme deux fois le poing. Cette tumeur refoule également le bas-fond de la vessie qui est fortement distendue par de l'urine. Les uretères sont également distendus par ce liquide et cette distension remonte jusqu'aux bassinets.

La capsule surrénale gauche est transformée en matière encéphaloïde.

Le foie présente un noyau de matière encéphaloïde de la grosseur d'une noix, dans l'épaisseur même du lobe droit de l'organe. Cette matière est ramollie au centre du noyau et mêlée à de la matière comme gélatineuse.

Une portion du bassin ayant été enlevée et la tumeur qui s'y trouve ayant été isolée des parties environnantes, il devient facile d'étudier cette tumeur. Celle-ci occupe une grande portion du petit bassin, elle semble prendre racine, par une portion rétrécie, au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite; elle s'étend à gauche jusqu'aux trous sacrés antérieurs de ce côté.

En bas, on la suit jusqu'à la pointe du coccyx ; sa face antérieure est longée à droite par un cordon nerveux émanant du trou de conjugaison ou qui sépare la dernière vertèbre lombaire de la base du sacrum. Un autre cordon nerveux placé un peu en dedans du précédent semble émaner de la base du sacrum. En ce point il est impossible de déterminer au juste d'où vient ce cordon.

La tumeur dont nous venons de parler, se continue en arrière par l'échancrure sciatique droite avec une autre tumeur qui occupe tout l'intervalle compris entre les crêtes iliaques. Cette dernière tumeur est inégale, ou plutôt formée par trois bosselures, l'une s'étendant entre les crêtes iliaques, depuis l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire jusqu'au tiers inférieur du sacrum, dont les deux tiers supérieurs sont détruits. Cette bosselure, ou portion de tumeur, remonte jusqu'à la gouttière sacro-iliaque, dont les muscles ont été envahis par la dégénérescence ; l'autre portion, placée un peu au-dessous et à droite de la précédente, s'étend sous l'échancrure sciatique et se continue par l'intermédiaire de la troisième portion avec la tumeur qu'on voit dans le petit bassin.

Sur la face postérieure des tumeurs dont nous parlons, existent quelques débris des tendons d'insertion des muscles longs du dos.

Quant à la nature du tissu qui forme les tumeurs que nous venons de décrire, ou plutôt la tumeur du petit bassin, elle ne diffère pas de la nature du tissu qui forme les tumeurs du sternum et de la 6e côte. C'est un tissu mou, d'aspect rougeâtre, essentiellement vasculaire, formé de noyaux circonscrits par des cloisons fibreuses. Ce tissu est ramolli en certains points, et là il ressemble entièrement à de la matière cérébrale qui a subi un commencement de putréfaction.

Dans la tumeur qui occupe le bassin, mais dans cette tumeur seulement, on rencontre quelques parcelles osseuses adhérentes au tissu qui forme la masse morbide.

L'observation que l'on vient de lire est intéressante à plus d'un titre ; elle offre quelques enseignements utiles au point de vue du diagnotic des tumeurs cancéreuses, en même temps qu'elle fournit quelques données à l'étiologie si obscure des maladies du même genre.

S'il est une partie du diagnostic chirurgical qui offre, en effet, de sérieuses difficultés même pour les hommes les plus expérimentés, c'est assurément celle qui a trait à la grande classe des tumeurs. Si les chirurgiens les plus recommandables et les plus instruits ont tous avoué des erreurs de ce genre, n'est-il pas du

plus haut intérêt de se prémunir contre de pareilles méprises.

Dans l'histoire du malade que nous avons rapportée, il y avait à se prémunir contre une pareille erreur ; et l'expérience du chirurgien a suffi, dans ce cas, pour éviter une méprise qui eût été préjudiciable. Lorsque, en effet, le malade est entré à l'hôpital, la tumeur, qui avait son siége à la région sacro-iliaque, présentait les caractères d'un abcès; elle était bien circonscrite, molle, et offrait une fluctuation manifeste. Cette tumeur avait été précédée de douleurs dans la région lombaire, et de quelques troubles dans le membre inférieur droit, On pouvait donc raisonnablement supposer qu'il s'agissait d'un abcès froid symptomatique, soit d'une affection des vertèbres, soit d'une maladie de l'articulation sacro-iliaque (sacro-coxalgie). On se rendait ainsi un compte suffisant et de l'affaiblissement du malade, et des troubles qui avaient précédé ou accompagné le développement de la tumeur.

C'est donc uniquement en ayant égard à la coexistence d'une tumeur du sternum, tumeur qui n'avait pas les caractères d'un abcès, que l'on pouvait arriver à soupçonner la nature cancéreuse de l'affection ; aussi, n'est-il jamais entré dans l'esprit du chirurgien de faire pour ces tumeurs la moindre tentative de nature à en obtenir la guérison. L'autopsie cadavérique a entièrement confirmé ces vues, en démontrant qu'il s'agissait bien de tumeurs cancéreuses multiples des os.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans faire remarquer que les tumeur cancéreuses dont nous parlons avaient complétement détruit la portion osseuse au niveau de laquelle elles se sont développées ; ces tumeurs appartenaient donc à cette variété de cancer des os qui se développe aux dépens des deux lames des os plats. C'est la première variété décrite par M. Nélaton (*Pathologie chirurgicale*, vol. 2me).

Mais il est une autre catégorie de tumeurs cancéreuses dont il a été impossible de soupçonner l'existence pendant la vie du sujet : ce sont les tumeurs de la capsule surrénale gauche et du foie. Nul signe ne s'est manifesté, pendant la vie du malade, pour mettre sur la voie de l'existence de ces tumeurs, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on les a reconnues.

Cette coexistence de plusieurs tumeurs sur un même individu est un fait bien remarquable au point de vue de l'histoire générale des affections cancéreuses. Des faits de ce genre ne sont pas très rares, mais il est cependant nécessaire de remarquer qu'ils sont moins fréquents à titre de tumeurs primitives qu'à titre de tumeurs consécutives. Ainsi on voit souvent après une ablation

de cancer unique, les malades se rétablir d'abord, puis ensuite se manifester chez eux un grand nombre de tumeurs cancéreuses dans différents organes glandulaires, et notamment dans les organes. Mais voir des tumeurs cancéreuses se développer d'emblée dans un grand nombre d'organes différents par leur tructure est un fait plus rare.

La science possède cependant déjà plusieurs cas de ce genre; les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* en renferment par exemple un certain nombre; tels sont les faits de diathèse cancéreuse rapportés par M. A. Moreau (année 1843, page 130), par M. Bourdon (année 1846), par M. Bleu (année 1847, page 168). Le fait de ce dernier médecin offre surtout de remarquable cette circonstance, à savoir : que la malade qui fait le sujet de l'observation a été traitée pendant trois mois pour une sciatique double. L'autopsie démontra l'existence d'une tumeur cancéreuse du bassin, comprimant le plexus sacré.

Toutefois de pareils faits ne sont pas sans une certaine, importance au point de vue de la pathologie générale. Ils démontreraient, à défaut de tout autre, que le cancer est bien une affection de tout l'organisme, et que les tumeurs par lesquelles il se manifeste ne sont qu'une partie d'une maladie plus générale; ils démontreraient encore que, dans l'affection cancéreuse, il doit y avoir une modification préalable des fluides ou des solides de l'économie, modification qui explique cette singulière perversion dans la nutrition des organes qui sont envahis par le cancer ; que cette modification, quoique inconnue dans son essence, n'en doit pas moins exister, et qu'enfin la thérapeutique générale des affections cancéreuses restera ignorée tant qu'on n'aura pas dirigé le traitement contre cette modification préalable. Mais la science et l'art ont encore un bien grand pas à faire avant d'arriver à la solution d'un pareil problème; peut-être cependant y parviendra-t-on un jour en utilisant les données que le microscope et l'analyse chimique ont introduites dans le champ de l'observation. (*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

13. *Mémoire sur cette question : Préciser les véritables indications de la trachéotomie* ; par le docteur Eug. Azam.

(Journal de médecine de Bordeaux, août 1851.)

Chaque jour, dans la pratique, le chirurgien peut être appelé pour des cas d'urgence.

Tantôt c'est un blessé, dont la vie s'écoule avec le sang. Pour le sauver, point de doute, point d'hésitation : il arrête l'hémorrhagie, le blessé recouvre ses sens.

Ou bien c'est une rétention complète d'urine ; la vessie est affreusement distendue, elle va se rompre ; il faut agir.... Pour la deuxième fois, point de doute, point de perte de temps : le médecin ponctionne et sauve son malade.

Mais combien la scène change, lorsque ce même chirurgien, qui dans des cas si graves a su conjurer la mort, se trouve en face d'un enfant dans la dernière période du croup !

Ici, l'opération est plus cruelle, le patient plus faible ; le malade ne guérirait-il pas sans elle?... ou ne mourra-t-il pas de ses suites ? Ne périra-t-il pas entre les bras de l'opérateur?..... N'est-il pas trop tard?.... mais, surtout, n'est-il pas trop tôt? Ne néglige-t-on pas quelque moyen qui pourrait soustraire l'enfant à une opération désespérée?

Puis, les angoisses de la famille, sa répugnance pour une opération sanglante ; l'idée qu'ont les parents, qu'un enfant qui a toute sa raison ne peut être au moment de mourir ; la responsabilité du chirurgien, auquel on peut dire : L'opération a tué cet enfant, qui pouvait guérir sans elle ; enfin, plus que tout, les doutes de la science elle-même, l'embarras de bien des hommes éminents....

Voilà le triste tableau de la pensée du chirurgien, voilà aussi pourquoi le sujet que je traite est de la plus haute importance.

J'entre en matière.

La bronchotomie est une opération de la plus haute ancienneté. Si je dis la bronchotomie, c'est que ce terme général convient mieux à l'étude de toute la question.

Cette opération, indiquée par Asclépiade qui ne l'a point pratiquée, qoiqu'en dise Sprengel, a été condamnée par Celius Aurelianus et Arétée. Suivant ce dernier, c'est un crime de la pratiquer,

Si nous en croyons les recherches du savant M. *Dezeimeris*, la première bronchotomie aurait été pratiquée par Antyllus. Paul

d'Egine nous a conservé la description de sa méthode. Il en est question dans Rhazès, Avicenne, Albucasis.

Depuis cette époque, on n'en entend plus parler jusqu'au milieu du seizième siècle, où elle fut pratiquée en Italie par Ant. Musa Brassavola, pour un cas désespéré d'angine.

Fabrice d'Aquapendente et Casserio se montrèrent ses défenseurs.

Habicot la pratiqua avec succès en 1629, pour un corps étranger dans l'œsophage. Depuis cette époque, jusqu'au fameux Mémoire de Louis, elle fut rejetée par les uns, admise par d'autres. Louis la préconisa et fit le premier travail important sur la matière.

Vint, en 1807, le grand concours sur le croup, institué par Napoléon. La trachéotomie y fut peu appréciée; elle fut même fortement blâmée par le célèbre rapporteur Royer-Collard, qui, dans son article du Dictionnaire en 60 vol., s'en montre l'ennemi déclaré. Nous reviendrons plus tard sur ses motifs.

A cette même époque parut un Mémoire de Caron, qui, je dois le dire, la vanta outre mesure.

Depuis cette époque jusqu'à nos jours, deux noms dominent l'histoire de la bronchotomie, surtout appliquée au croup : les noms de MM. Bretonneau et Trousseau. C'est à eux, au dernier surtout, que le chirurgien est redevable des règles pratiques, qui font que cette opération, autrefois désespérée, peut être comptée comme un moyen de salut.

Au moment où j'écris, ce chirurgien a fait 158 opérations de trachéotomie; c'est le nombre le plus considérable. Après lui, viennent MM. Guersant, Velpeau, Blandin, etc.

A Bordeaux, elle a été pratiquée par MM. Chaumet, Rey, Puydebat, Soulé, Dupuy, Rousset, etc.

Si maintenant nous résumons l'histoire de la trachéotomie, nous reconnaîtrons qu'après de nombreux débats cette opération est admise dans la pratique. Il s'agit maintenant d'indiquer les cas pour lesquels elle est réclamée; en un mot, de préciser ses indications : c'est là le cœur de la question dans laquelle nous allons entrer.

En thèse générale, la bronchotomie est indiquée toutes les fois qu'un obstacle matériel, placé dans le tronc de l'arbre aérien, autour ou au-dessus, s'oppose à l'entrée de l'air dans le poumon.

Mais cet obstacle peut varier de nature, d'où la nécessité de diviser notre sujet, tout en nous réservant sur le cas que plus haut nous avons pris pour type : je veux parler du croup.

Nous étudierons successivement les indictaions de bronchotomie, fournies par

1° Les corps étrangers dans le larynx ;
2° Les corps étrangers dans l'œsophage ;
3° Les tumeurs intra et extra-laryngées ;
4° Les plaies du cou ;
5° Les obstacles siégeant dans l'arrière-bouche ;
6° Les laryngites ;
7° La laryngite œdémateuse (œdème de la glotte) ;
8° Le croup.

Chapitre Ier.

Des corps étrangers dans le larynx.

La science nous fournit un grand nombre d'observations de corps étrangers laryngiens pour lesquels on a pratiqué la bronchotomie.

D'après M. Sestier, le nombre des bronchotomies faites en cette occasion, et publiées, serait de 59 : 42 succès, 17 revers.

L'espèce de ces corps varie, on le comprend, suivant le hasard ou le caprice.

Dans le 2e Mémoire de Louis, sur la bronchotomie pour corps étrangers, nous trouvons 28 observations tirées de sa pratique ou de celle des anciens. Tantôt c'est une fève, une pièce d'or, un croupion de pigeon, un os, un fragment de châtaigne ou de coquille d'aveline, un noyau de cerise. De nos jours, nous voyons une aiguille introduite dans la trachée-artère, nécessiter la laryngotomie (Obs. de Blandin, 1828). On peut rapprocher de cette observation celle de Lamartinière, tirée des Mémoires de l'ancienne Académie, d'une jeune fille jouant avec un fouet, à la mèche duquel était une épingle. Cette dernière disparut dans le cou de l'enfant : elle avait traversé de part en part la trachée-artère. Si on n'eût pu l'extraire par une simple incision, elle eût nécessité la trachéotomie.

On le voit, la majorité des corps étrangers observés dans le larynx, vient du dehors et passe par la bouche ; quelques cas rares nous montrent qu'il peut en être autrement : — d'abord l'observation précédente ; en outre, l'Obs. 14 de Louis, d'après Fabrice de Hilden, et une analogue de Tulpius, d'après lesquelles 2 blessés gardèrent plusieurs mois dans le larynx des tentes de charpie, introduites dans la poitrine pour des plaies pénétrantes de cette cavité ; puis la 16e, tirée de Pigrai, chirurgien

d'Henri IV, qui rapporte qu'un homme rendit par le laryn portion nécrosée de côte.

Toutes les fois que le chirurgien a la certitude de la présence d'un corps étranger dans le larynx, et cette certitude s'acquiert non-seulement par le dire du malade et de ceux qui l'entourent, mais par les accès de suffocation, la toux, l'anxiété, la douleur entièrement locale, l'indication est urgente, il faut opérer.

C'est dans cette application de la bronchotomie que la science est le plus éclairée et que l'hésitation n'est plus permise.

Rappelons-nous l'observation célèbre de Louis, base de son 2e Mémoire, dans laquelle une jeune fille, ayant avalé une fève et mourant de suffocation, il fut le seul consultant qui demandât l'opération. Elle fut repoussée par ses confrères, et l'enfant mourut. On trouva le corps étranger dans les ventricules du larynx.

Les 3e, 4e, 28e observations de son Mémoire ne font que confirmer celle-ci. Ce chirurgien célèbre termine son travail par ces quelques mots, que nous ne pouvons nous dispenser de citer :

« L'omission des secours de l'art le plus salutaire, peut être mise au nombre des plus grands fléaux qui affligent l'humanité.

« Nous espérons que nos travaux préviendront à l'avenir de pareils malheurs, et que les chirurgiens instruits par l'expérience qu'on leur présente, n'argumenteront plus contre un secours dont l'utilité et la nécessité sont également incontestables. »

Dans le cas qui nous occupe, le chirurgien ne doit pas se laisser aller à une fausse sécurité. Cette sécurité peut lui être inspirée par l'intermittence des accidents, la lenteur de l'asphyxie, le peu de douleur ou de gêne du malade. Un corps étranger peut, en effet, être supporté un temps plus ou moins long. Sa forme, les diverses positions qu'il peu prendre sous l'influence de la colonne d'air, nous l'expliquent. Mais, je l'ai dit, rien de trompeur comme cette sécurité ; la science nous a en conservé de funestes exemples.

Marcellus Donatus cite le fait d'un enfant, qui, en mangeant une châtaigne sèche, en introduisit une partie dans la trachée. Après un instant de suffocation, la respiration s'améliora, lorsque tout à coup, le cinquième jour, il mourut subitement.

Bonnet, dans son *Sepulchretum*, cite un fait analogue,

Un ducat d'or fut gardé trois ans dans le larynx, mais amena la mort par la suppuration du poumon.

Le plus remarquable de tous ces faits, est celui que rapporte *Sue*. Un corps étranger séjourna dix-sept ans dans le larynx d'une jeune fille : elle se portait bien et s'était mariée. Au bout

de ce temps, elle mourut dans le marasme. La nécropsie montra la présence du corps et les désordres dont il avait été l'origine.

D'autres faits curieux, d'un autre ordre, nous montrent que la nature peut quelquefois suppléer à l'art. Des corps étrangers, après un séjour plus ou moins long, ont été expulsés dans des quintes de toux ; mais je ne saurais trop le dire, ce ne sont que des exceptions sur lesquelles le chirurgien prudent ne doit jamais compter, et qui ne doivent jamais infirmer sa conduite.

On a cru se baser sur ces faits, pour recommander l'usage des sternutatoires ou des vomitifs. Nous ne saurions trop nous élever, avec l'illustre Louis, contre cette pratique.

Nous devons citer ici quelques-uns des principaux faits qui ont pu faire excuser une imprudente temporisation.

Gridley (*Journal des Progrès*) cite le fait d'un crayon de plomb rendu au bout de six ans.

Nous lisons dans Stalpart-Van-Derviel, l'observation d'une jeune fille, qui rendit au bout de quatre mois une portion d'os de veau qui avait pénétré dans la trachée. Pendant ce long séjour, la vie de la malade avait été constamment menacée.

Un bourgeois d'Amsterdam et un bourgeois d'Ausbourg ont gardé, d'après Tulpius et Hetscheverus, le premier sept ans, une coquille d'aveline ; le deuxième deux ans et demi, un ducat d'or. Ces corps étrangers furent rejetés dans des efforts de toux.

Et de la rareté des faits précédents, ressort l'indication majeure : opérer sans tergiverser, dans les cas de corps étrangers laryngiens.

Ici se présente une question subsidiaire : quel est le point où il faut ouvrir l'arbre aérien ?

Pour y répondre, il faut distinguer.....

Parmi les corps étrangers, il en est qui par leur nature, leur forme, ou leurs aspérités, sont nécessairement retenus dans un point fixe du larynx : ainsi l'aiguille de l'Observation de Blandin, celle de Lamartinière, le crayon cité par Gridley. Je crois que, dans ces cas, il faut suivre l'indication la plus naturelle : ouvrir au point où on doit supposer le corps retenu ou implanté, c'est-à-dire pratiquer la laryngotomie. C'est ainsi qu'a agi Blandin ; c'est aussi l'opinion de Boyer, qui, dans ces cas, préférait la laryngotomie ou la laryngo-trachéotomie.

Dans ces derniers temps, M. Fouilhoux a proposé de diviser le cartilage thyroïde sur le côté, d'inciser ensuite les parties molles en travers, pour éviter la lésion des cordes locales. Nous n'adoptons pas cette méthode, pour deux motifs : 1° l'incision ne peut être suffisante pour tous les corps étrangers ; 2° la lésion des

cordes vocales n'a aucune importance, la voix revient toujours.

Les faits sur lesquels nous raisonnons maintenant ne sont que l'exception ; bien plus communément, 19 fois sur 20 peut-être, les corps étrangers de l'arbre aérien sont lisses, et suivent l'impulsion de la colonne d'air ; ou, s'ils restent dans le larynx, ils sont mobiles dans sa cavité.

Dans ces cas, c'est-à-dire presque toujours, l'expérience a prouvé qu'une incision faite à la trachée était suffisante. En effet, aussitôt que ce conduit est largement ouvert, le corps étranger se présente de lui-même.

Favier a fait sur ce sujet, sous les yeux de Sabatier, des expériences intéressantes : après avoir fait une ouverture à la trachée-artère d'un chien de forte taille, il a introduit, soit du côté des bronches, soit du côté de la glotte, un haricot ; ce dernier a toujours été rejeté dans les efforts de toux. Il a recommencé l'expérience jusqu'à 10 fois.

Il est, du reste, quelques précautions chirurgicales qu'indique, dans ce cas, le simple bon sens.

Ainsi, dans l'observation de Louis, où un enfant avala une petite balle de plomb qui tomba dans la trachée. Il est bien certain que si on eût opéré, il eût fallu placer le sujet dans une position déclive ; car il est peu probable que la colonne d'air eût pu soulever et chasser un corps de cette nature.

J'ai déjà démontré combien il importait pour la vie du malade, que l'opération fut faite le plus tôt possible, chaque instant pouvant amener une suffocation nouvelle. Il est d'autres considérations qni doivent faire hâter le chirurgien. Plus on attend, plus des phénomènes d'asphyxie lente peuvent se montrer; les veines thyroïdiennes se gonflent et rendent l'opération de plus en plus difficile; les mucosités de la trachée augmentent, deviennent visqueuses, retiennent le corps étranger, et peuvent rendre plus difficile son extraction; enfin, le corps peut être susceptible de gonflement, de détérioration, d'oxydation; il pourrait s'engager dans une bronche dans un fort mouvement inspiratoire. Il serait trop long d'insister.

Résumons-nous. Dans les cas de corps étrangers dans l'arbre aérien, il faut :

1° Pratiquer la bronchotomie ;

2° Opérer le plus tôt possible ;

3° Il vaut mieux pratiquer la trachéotomie, sauf les cas exceptionnels de corps *fixés* dans le larynx.

Chapitre II.

Corps étrangers dans l'œsophage.

La première bronchotomie pratiquée en France l'a été pour ce motif, en 1620, par Habicot. Un jeune garçon revenant de la foire, avala un rouleau de pièces d'or. Ce rouleau s'arrêta dans l'œsophage, et comprimant la trachée-artère, rendait la suffocation imminente. Après s'être assuré de la position du corps étranger, Habicot ouvrit l'arbre aérien, plaça une canule, et put à loisir amener sa chûte dans l'estomac. De nos jours, M. Samson l'a pratiquée chez un étudiant en médecine, qui avait avalé un os en mangeant la soupe.

La forme de la trachée, la molesse de la partie de ce conduit qui touche à l'œsophage, rendent compte de ces accidents. Cependant leur rareté est rendue très grande par l'extrême distensibilité de l'œsophage.

Dans ces cas, il est impossible de formuler des règles précises ; la trachéotomie sera indiquée suivant les accidents, suivant la forme du corps, suivant enfin les tentatives qu'on aura faites pour le repousser dans l'estomac. Je n'ai pas besoin de dire qu'avant d'opérer, il faut s'assurer de la manière la plus précise de la position du corps, et inciser au-dessous.

Chapitre III.

Tumeurs extra et intra-laryngées.

Les tumeurs développées dans le voisinage du larynx et comprimant l'arbre aérien peuvent être une indication de bronchotomie. La suffocation, dans ces cas, vient ordinairement avec lenteur, mais elle n'en est pas moins mortelle.

Il en est de même pour les tumeurs développées dans l'intérieur même de l'arbre aérien.

Les tumeurs qui peuvent comprimer le larynx et la trachée sont en grand nombre : les vastes abcès du cou, certains anévrismes, les ganglions lymphatiques indurés, des masses cancéreuses, etc., etc.

Dans ces cas, pour la plupart désespérés, la trachéotomie n'est qu'un moyen de prolonger la vie ; mais l'indication n'en est pas moins urgente, à moins cependant que l'état du malade soit tel, qu'il puisse périr pendant ou peu après l'opération.

J'ai vu à l'hôpital Saint-André, un jeune malade, que cite aussi

M. Eug. Soulé, dans son travail sur la bronchotomie. Ce malade portait une tumeur cancéreuse énorme à la partie antérieure et supérieure du cou. La trachée-artère était comprimée : il mourut d'asphyxie.

Dans ce cas, on le voit, la trachéotomie aurait prolongé la vie, mais n'eût point sauvé le malade.

C'est au chirurgien à apprécier dans l'espèce.

Nous lisons dans la *Revue médicale*, 1824, une observation de Liston, d'après laquelle un enfant se frappa la partie antérieure du larynx contre l'angle d'une pierre. A la suite de l'accident, le cou se tuméfia, et il survint une extrême difficulté de respirer. Liston pratiqua la trachéotomie, et vit avec étonnement s'échapper par la plaie une grande quantité de mucus et de sang coagulés.

Nous pouvons rapprocher de ces faits l'histoire bizarre du supplicié Gordon (Londres, 1733). Ce dernier étant condamné au supplice de la corde, un chirurgien nommé Chowell lui offre de le sauver. Il pratique la trachéotomie, et laisse une canule à demeure. Gordon fut pendu. Son corps ayant été livré à Chowell, celui-ci le saigna. Le patient n'était pas mort, mais il succomba bientôt à la congestion cérébrale jointe au tiraillement de la moelle.

Les tumeurs intra-laryngiennes, dont l'existence pourrait nécessiter la bronchotomie, sont fort rares; cependant, de nos jours, on en a observé des exemples.

Les *Archives de médecine* nous citent une tumeur fibreuse, probablement syphilitique. Aubertin, Harley, nous ont conservé l'histoire de kystes hydatiques. D'après Tortual, Werlzer, Macciwain, on y a rencontré des tumeurs fongueuses, sarcomateuses, verrucoïdes, squirrheuses, cartilagineuses, etc.

Enfin, les plus fréquemment observés ont été des polypes de la muqueuse laryngée. Desault en a rapporté deux exemples; Pelletan en cite un dans sa *Clinique chirurgicale*. Ces polypes sont en général pédiculés; leur diagnostic est de la plus haute difficulté. Cependant, l'absence de tout phénomène commémoratif autre que la lésion locale, l'improbabilité d'une laryngite chronique, et, plus que tout cela, l'intermittence des accès de la suffocation, intermittence qu'on s'explique par la mobilité de la tumeur alternativement poussée contre la glotte, — tous ces motifs, dis-je, peuvent amener le praticien expérimenté à une conclusion. Dans ces cas, on le comprend, l'opération est indiquée ; le polype n'est autre qu'une corps étranger, et il ne peut être atteint que par la bronchotomie. Dans l'espèce, le chirurgien devra s'inspirer des circonstances.

La laryngotomie est la variété d'opération qu'il sera le plus souvent engagé à pratiquer.

Quelques-uns de ces polypes tiennent par une large base et sont bien plus inattaquables. M. Andral cite un cas, dans lequel le larynx était obstrué par une végétation qui ressemblait à une tête de chou-fleur, et qui semblait se continuer avec la muqueuse par une large base.

Si, dans ce cas, l'opération eût été faite, on comprend l'embarras du chirurgien : il aurait dû laisser la canule jusqu'à ce que le temps ou les moyens curatifs aient amené une modification dans l'état du larynx.

Chapitre IV.

Plaies du cou.

La disposition anatomique des aponévroses de la région antérieure du cou, la facilité d'infiltration du tissu cellulaire de cette région, nous rendent facilement compte du gonflement extraordinaire qui peut survenir dans les cas de plaie.

Habicot nous a laissé l'histoire d'un jeune homme, qui, après avoir été blessé à la gorge de plusieurs coups de couteau, suffoquait par le gonflement du cou. On l'avait laissé pour mort. Il pratiqua la bronchotomie, qui fut, dit-il, *sa salvation.*

Le même chirurgien la pratiqua avec autant de succès chez une jeune fille qui avait eu le cou traversé par une balle.

Dans ces cas, la bronchotomie peut offrir de grandes difficultés; la principale, c'est la recherche de l'arbre aérien. On le comprend, une tuméfaction telle, qu'elle comprime ainsi la trachée, doit rendre l'exploration très difficile.

Dans ces cas, le chirurgien devra tenir compte des lésions concomittantes, du sang qu'a perdu le blessé; il pourra tenter des scarifications profondes, des applications de glace; mais toujours prêt à opérer, il ne faut pas qu'il oublie que, s'il hésite trop, le malade peut mourir devant lui.

Chapitre V.

Obstacles siégeant dans l'arrière-bouche.

Des obstacles de diverses sortes peuvent exister à l'ouverture supérieure du larynx et nécessiter la bronchotomie.

Ce peut être une tumeur développée dans le pharynx ou ses

parois, un polype des fosses nasales, une maladie de la base de la langue, une angine intense, simple ou gangréneuse, etc., etc. ; une dégénérescence des amygdales.

M. Blandin a pratiqué la bronchotomie dans un cas de polype fibreux du pharynx.

Louis cite nombre d'observations de bronchotomie, pratiquées pour esquinancies inflammatoires ou gangréneuses.

La trachéotomie de Brassavola, au seizième siècle, a été faite dans un cas désespéré d'angine.

Dans les cas de tumeurs inattaquables siégeant dans l'arrière-bouche, lorsque la mort est imminente par suffocation, la bronchotomie est le seul moyen de salut.

Mais dans les cas d'angine, d'amygdalite, d'inflammation de la langue, avant de se résoudre à opérer, il faut employer avec courage les moyens les plus violents qu'indique la science.

La bronchotomie n'étant qu'un moyen extrême, il ne faut pas qu'on puisse dire au chirurgien, qu'une autre pratique aurait pu sauver le malade.

En général, dans ce cas, l'opérateur aura recours à l'ouverture de la trachée-artère.

Du reste, les obstacles siégeant dans l'arrière-bouche peuvent être si nombreux, qu'on ne peut indiquer qu'une ligne de conduite générale.

Chapitre VI.

Laryngites.

Diverses sortes de laryngites peuvent être l'origine d'une suffocation qui mette la vie en danger et rende la bronchotomie nécessaire. Deux principales variétés appellent tout d'abord l'attention du chirurgien : la laryngite œdémateuse, ou œdème de la glotte, et la laryngite pseudo-membraneuse, ou croup. Leur importance nous ordonne d'en faire le sujet de chapitres séparés ; nous ne nous occuperons, pour le moment, que des laryngites autres que les précédentes.

Laryngites. — La laryngite aiguë peut arriver à un tel point de gravité qu'elle résiste à tous les moyens ordinaires ; la suffocation devient imminente et la trachéotomie indiquée.

Cette pratique est approuvée par Rilliet et Barthez, et par les auteurs du *Compendium de médecine*, etc.

M. Sestier, dans son Mémoire sur la bronchotomie, publié dans le courant de 1850, nous dit que cette opération a été pra-

tiquée 7 fois pour laryngites érythémateuses, et qu'elle compte 6 succès ; c'est, comme nous le verrons plus tard, la proportion la plus élevée.

M. Sestier n'indique pas la source où il a puisé ses observations ; malgré nos laborieuses recherches, nous n'avons pu en découvrir une seule.

Dans ces cas, le chirurgien devra ne considérer la bronchotomie que comme la dernière ressource. Les laryngites aiguës sont fort communes et cèdent d'habitude à une médication intelligente et énergique. Avant d'en arriver à ouvrir l'arbre aérien, il devra donc mettre en usage tous les moyens ordinairement efficaces ; cependant qu'il craigne une fausse sécurité, et qu'il n'attende pas pour opérer qu'une asphyxie lente rende ses efforts inutiles.

Laryngites chroniques. — Les désordres consécutifs à une laryngite chronique simple, tuberculeuse, syphilitique, ou à des lésions de nutrition du larynx, peuvent, on le comprend, modifier le calibre, déjà fort étroit, de l'arbre aérien, amener la suffocation, et, par suite, nécessiter la bronchotomie.

Nous ne discuterons pas ici si la laryngite chronique, dite *phthisie laryngée*, est invariablement liée à une affection organique du poumon ; qu'il en soit ou non ainsi, l'indication reste pour nous la même ; et il sera toujours du devoir d'un chirurgien, même aurait-il devant lui un phthisique au dernier degré, de l'arracher par la bronchotomie à une mort imminente.

Ce n'est que dans ces derniers temps que cette opération a été appliquée à des laryngites chroniques, Un grand nombre de ces laryngites, il faut le dire, n'ont nécessité l'opération qu'en se compliquant d'œdème. Dans ces cas, l'opération a été faite pour ce dernier accident et doit se rapporter au chapitre suivant.

Dans le Mémoire de M. Sestier, nous trouvons un relevé de 40 cas de bronchotomies opérées pour laryngites œdémateuses symptomatiques de laryngites chroniques de diverses espèces.

Cependant, malgré ce nombre imposant, il n'en est pas toujours ainsi : l'épaississement de la muqueuse, des maladies des cartilages, peuvent, *sans œdème*, amener la suffocation. Nous en connaissons des exemples irréfutables ; nous ne citerons que les plus intéressants.

M. Senn, guidé par cette indication, que les chevaux affectés de cornage recouvrent leurs forces par une canule placée dans la trachée (tout le monde a pu voir, à Bordeaux, un cheval de fiacre ainsi guéri), a pratiqué le premier cette opération chez une enfant de six ans, atteinte de laryngite chronique, suite de

croup. La suffocation n'était point imminente, mais l'enfant dépérissait, et l'aphonie était presque complète. La canule fut gardée onze mois, et la malade guérit.

Dans le Mémoire de M. Eug. Soulé, nous trouvons une observation tirée de la Clinique de M. Gintrac : la suffocation devenant imminente, la trachéotomie fut pratiquée; mais la mort eut lieu le onzième jour.

La nécropsie nous montre des altérations partielles qui ont détruit en partie les cordes vocales, et un épaississement de la muqueuse tel, que l'ouverture de la glotte était réduite à 6 millimètres.

Une 2e observation, également tirée de la Clinique de M. Gintrac, est la suivante :

Un homme, âgé de soixante-quatre ans, est attient depuis plusieurs mois de laryngite chronique, et tombe dans le marasme ; des accès de suffocation menacent de l'enlever. M. Gintrac envoie chercher M. Soulé pour pratiquer la trachéotomie. L'opération est faite ; mort le quatrième jour.

L'étude du larynx nous montre les désordres suivants ;

Épiglotte dure, son bord libre est déchiré, ulcéré ; replis arythéno-épiglotiques tuméfiés, chagrinés ; ulcérations profondes à la base du cartilage arythénoïde, muqueuse laryngée épaissie, recouverte de mamelons rougeâtres et d'ulcérations ; cordes vocales ulcérées ; le cricoïde est noirâtre, les poumons sains.

Nous devons aussi rapporter succinctement une observation unique, due à M. Gintrac, et citée par M. Velpeau ; nous l'extrayons de la *Revue médicale* pour l'année 1830 :

M. C., de Lyon, officier-instructeur, commandant souvent des manœuvres, a eu des affections syphilitiques, puis la fièvre jaune. Peu à peu sa respiration est devenue difficile, les suffocations fréquentes. Après quelques mois de repos, un accès de suffocation vient et emporte le malade.

L'état du larynx est tout particulier ; le cartilage cricoïde est hypertrophié d'une telle façon, que le diamètre de l'organe n'est à son niveau que de 2 millim. en tous sens ; sa substance est ramollie et comme fongueuse : elle n'est ni ulcérée, ni en suppuration. La lame qui la recouvre est dure et presque osseuse ; les articulations crico-thyroïdiennes sont complétement soudées.

On comprend, dans ce cas, l'embarras du chirurgien. Si la trachéotomie eût été pratiquée, le malade eût été peut-être soulagé ; mais il lui eût fallu garder une canule ; car on ne pouvait s'attendre à la résolution d'un pareil état.

Des lésions d'origine syphilitique ont pu nécessiter la bron-

chotomie. 14 fois, M. Sestier a vu ces lésions provenir d'origine d'œdème de la glotte, et nécessiter l'opération.

M. Regnoli (*Revue médicale*) l'a pratiquée sur une fille de vingt-deux ans, qui, à la suite d'ulcérations vénériennes à la gorge, était frappée d'aphonie et d'une difficulté incessante de respirer ; elle a gardé quatre ans une ouverture trachéale, et a fini par guérir. Nous pourrions citer 4 observations analogues.

En terminaut ce chapitre, je dois dire que les laryngites chroniques sont les lésions qui donnent à la bronchotomie le moins de succès : sur les 40 cas cités de laryngite œdémateuse, suites de laryngites chroniques, on compte 31 morts. — On le comprend, dans la majorité des cas, la bronchotomie ne sera qu'un palliatif ; car la lésion reste, et elle est presque toujours inattaquable.

Cependant, je persiste à dire que quel que soit le point où la maladie soit arrivée, s'il y a suffocation et menace imminente de mort, il est du devoir du chirurgien d'opérer. Mais c'est surtout dans ces cas qu'il devra mettre sa responsabilité à couvert, en s'entourant de confrères éclairés ou en prévenant les familles.

Le moment de l'opération lui sera indiqué par les circonstances et l'obstacle siégeant dans le larynx. — Ce sera invariablement la trachéotomie proprement dite que le chirurgien aura à pratiquer. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

14. *Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup* ; par M. Trousseau, professenr à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Suite : voir t. VIII, août 1851, p. 137.

(L'Union médicale, Nos 92 et 97-98 ; 5, 16 et 19 août 1851.)

L'enfant est couché sur le matelas ; le coussin est placé sous le col et les épaules, de telle sorte que la tête soit bien renversée en arrière, et que la trachée soit saillante. Si le coussin est seulement sous le col, le petit malade, au premier coup de bistouri, rapproche le menton du sternum, tend à glisser en bas, et la trachée s'enfonce et se raccourcit, si bien qu'il est quelquefois difficile de l'atteindre. Bien des fois, j'ai vu une opération extrêmement laborieuse se simplifier en un clin d'œil, seulement lorsqu'on plaçait le coussin sous les épaules en même temps que sous le col.

Avant de faire l'incision de la peau, je trace avec un bouchon

de liége brûlé ou avec un peu d'encre, une ligne qui va du bas du cartilage thyroïde à l'échancrure supérieure du sternum. De cette manière, l'incision de la peau se fait droit, et la direction du bistouri n'en est que mieux assurée pendant le reste de l'opération. Cette petite précaution, que les chirurgiens regarderont comme superflue, est très utile aux médecins inhabiles comme moi, et je ne saurais dire combien de fois j'ai eu à me louer de l'avoir prise.

L'opérateur étant placé à la droite du malade, s'il se sert de la main droite, fait un pli à la peau, dont il confie l'un des côtés à l'aide qui est en face de lui, et il incise ce pli dans toute son épaisseur, en suivant la ligne préalablement tracée.

Il incise alors sur la ligne médiane et sépare les muscles accolés, soit avec la lame du bistouri, soit, ce qui est mieux, avec une sonde cannelée, en ayant soin de faire écarter avec l'érigne ceux du côté gauche, tandis que lui-même, avec une autre érigne, écarte ceux de la droite. Il rencontre alors une couche assez épaisse de tissu cellulaire, les plexus veineux thyroïdiens, et le pont qui unit entre eux les deux lobes du corps thyroïde. Jusqu'ici, l'opération n'a offert aucune difficulté, n'a demandé aucun ménagement : c'est maintenant que vont se présenter les circonstances qui réclament un peu plus d'attention. Les veines des plexus thyroïdiens marchent le plus souvent à peu près parallèlement à l'axe du corps ; avec quelque attention, on peut ne les pas couper, inciser légèrement le tissu cellulaire qui les unit, et les écarter avec les érignes. Quand elles croisent complétement la trachée, ce qui arrive quelquefois, on peut les lier des deux côtés avant d'inciser la partie qui ne peut être évitée, puis on coupe entre les deux ligatures. Je n'ai encore jamais lié de veines chez un enfant, sur 157 opérations ; mais je comprends que le médecin, encore inexpérimenté, doive ne pas couper de grosses veines, car la véhémence de l'hémorrhagie pourra le troubler et le faire agir avec trop de précipitation. Si, pourtant, on a coupé une grosse veine, n'ayez aucune crainte, enfoncez un doigt dans l'angle *inférieur* de la plaie, et un dans l'angle *supérieur* ; épongez, attendez, et ordinairement, avant qu'une minute soit écoulée, l'écoument du sang est déjà réduit à de très faibles proportions.

Si le pont du corps thyroïde se présente sous votre bistouri, n'hésitez jamais à le couper au milieu; ordinairement vous avez un jet artériel gros comme un fil qui cesse après quelques secondes ; et par cette section vous avez singulièrement facilité l'opération.

Continuez alors l'incision sur la ligne médiane en introduisant

souvent le doigt indicateur de votre main gauche pour bien vous assurer que vous êtes sur la trachée, et non sur le côté de ce conduit ; ne donnez pas un coup de bistouri qu'au préalable vous n'ayez épongé ; écartez toujours avec les érignes tout ce que vous avez incisé, et vous arriverez ainsi sur les cartilages de la trachée, que vous reconnaîtrez à leur couleur blanche, à leur dureté. Ne vous pressez point encore d'inciser le conduit aérien ; mettez à nu trois ou quatre cerceaux , suspendez un instant l'opération, mettez à votre portée, et en quelque sorte sous votre main, le bistouri boutonné, le dilatateur, la canule. Cela bien préparé, épongez soigneusement le fond de la plaie et la trachée artère, et faites une toute petite ponction dans la trachée avec la pointe de votre bistouri. Dès que vous avez entendu le sifflement de l'air, mettez l'indicateur de la main gauche sur le pertuis que vous venez de faire, prenez votre bistouri boutonné, et l'enfonçant dans la trachée, coupez haut et bas, de manière à faire une ouverture d'un demi-pouce au moins. Ne soyez point ému de l'introduction d'un peu de sang dans la trachée et du bruit que font l'air, le mucus et les fausses membranes qui s'échappent par l'incision ; introduisez votre dilatateur, ouvrez la plaie de la trachée, prenez la canule de la main gauche, faites-la passer entre les deux branches ouvertes du dilatateur, et quand vous entendez l'air passer par la canule, retirez le dilatateur, faites asseoir l'enfant, liez en arrière les cordons de la canule et tout est terminé.

Le peu d'hémorrhagie qui pouvait exister encore s'arrête ; une violente toux chasse au dehors le sang et les mucosités qui pouvaient se trouver dans les bronches, et bientôt la respiration s'établit avec calme.

Les chirurgiens trouveront bien puérils tous ces détails. Les médecins, ceux qui n'ont pas encore fait la trachéotomie, ceux surtout qui l'ont déjà faite, me remercieront de les avoir donnés.

Mais cette opération, si simple chez l'enfant, est très laborieuse chez l'adulte. Là il faut lier les vaisseaux que l'on coupe sous peine de voir quelquefois des hémorrhagies persister après la trachéotomie. Là il ne faut jamais ouvrir la trachée à moins que le sang ne soit arrêté. Sur 11 trachéotomies que j'ai faites chez l'adulte pour des affections chroniques du larynx, j'ai eu plusieurs fois à me repentir cruellement de n'avoir pas pris les plus minutieuses précautions. Je n'ai pourtant jamais lié de vaisseaux , mais deux fois j'ai eu de graves hémorrhagies qui se sont prolongées après la trachéotomie et que j'ai eu bien de la peine à

arrêter. Si j'avais aujourd'hui à refaire cette opération dans des circonstances semblables, je n'hésiterais pas à lier tous les gros vaisseaux veineux qui me donneraient du sang, et je n'ouvrirais la trachée que lorsque je serais parfaitement rassuré du côté de l'hémorrhagie.

Je vais maintenant rapporter les 17 trachéotomies que j'ai faites dans les seize derniers mois qui viennent de s'écouler : c'est-à-dire depuis le 1er janvier 1850, jusqu'au 1er juin 1851. Pour le plus grand nombre, je me contenterai d'une relation très sommaire ; pour trois ou quatre, je donnerai des détails que je crois indispensables.

Sur ces 17 cas, 10 se sont terminés par la mort, 7 par la guérison.

Fille de 30 mois ; — angine diphthérique propagée aux voies aériennes ;—suffocation imminente ;—trachéotomie ;— mort.

(Clientèle de M. le docteur Becquerel.)

Obs. I.— Au mois de mars 1851, M. le docteur Becquerel me fit mander pour faire la trachéotomie chez une petite fille de 30 mois, appartenant à une débitante de tabac, demeurant rue du Havre, n° 7.

Il existait depuis deux jours une angine pharyngienne diphthérique qui avait à peine éveillé la sollicitude des parents, et M. Becquerel n'avait été mandé que lorsque déjà la raucité de la toux, la perte de la voix, la difficulté de respirer, ne laissaient plus de doute sur l'existence de fausses membranes dans le larynx. L'asphyxie fit de rapides progrès et M. Becquerel me fit mander pour faire la trachéotomie.

L'opération faite, il y eut un calme notable ; mais, peu d'heures plus tard, la respiration s'embarrassa de nouveau et l'enfant mourut le lendemain avec tous les symptômes de l'asphyxie.

Pas d'angine pharyngienne préalable ;—phlegmasie diphthérique du larynx et de la trachée ; — trachéotomie ;— expulsion de fausses membranes après l'opération ;— guérison.

(Recueillie par M. Gondouin, interne du service en 1850.)

Obs. II. — Bontemps (Marie), âgée de six ans et demi, orpheline. Cette enfant, d'une constitution assez délicate, a été placée par Mme de Gontaud chez une femme qui tient un pensionnat de jeunes filles.

Cette femme était occupée depuis quelque temps de la pre-

mière communion de ses pensionnaires, et sa surveillance n'était pas très active, en sorte qu'elle ne peut guère préciser le début de l'affection. Ce n'est que dans la nuit du jeudi 30 mai qu'elle remarqua de la gêne dans la respiration de l'enfant avec une toux insolite, qui, dès le lendemain, avait déjà pris un caractère de raucité alarmant. En même temps, il était survenu de la chaleur à la peau, de la soif, de la fièvre.

Le vendredi 31 mai, la malade resta couchée avec une gêne croissante de la respiration ; aucune application de sangsues ne fut pratiquée ; une boisson gommeuse pour tout aliment. Dans la nuit, la voix s'était tout à fait éteinte, et la malade entrait à l'hôpital le 1er juin, à neuf heures du matin, amenée par sa maîtresse très alarmée, et affirmant qu'aucun autre enfant n'était atteint du croup dans son établissement.

M. Trousseau, à la lividité de la peau, au refroidissement assez prononcé des extrémités, à l'oppression très grande, à l'extinction complète de la voix et de la toux, reconnut non seulement un croup, mais encore l'indication précise d'opérer immédiatement. Cependant, aucune fausse membrane n'avait été rendue par la malade, aucune trace ne s'en montrait ni dans les fosses nasales, ni sur le voile du palais, ni sur les amygdales, ni dans l'arrière-gorge. Aussi, un certain doute s'éleva-t-il dans l'esprit des spectateurs sur la véracité du diagnostic et sur l'opportunité immédiate de l'opération.

M. Trousseau, du reste, ne se dissimule pas que l'asphyxie n'est point imminente, et que l'on ne puisse attendre encore quelques heures. Cependant, redoutant les lenteurs qui pourront suivre l'appel du chirurgien de l'hôpital pendant la journée, il prend la résolution d'opérer.

La trachéotomie est pratiquée par M. Trousseau assez lentement, comme il le recommande, et ne présente rien de particulier, si ce n'est la difficulté que l'opérateur éprouve à introduire la canule, n'ayant à sa disposition qu'un dilatateur fort incommode.

Bien-être immédiat de l'enfant, après l'introduction de la double canule, qui est fixée et garnie de son voile de gaze.

La face a repris sa fraîcheur; l'enfant n'a, du reste, perdu que fort peu de sang. Aucune fausse membrane n'a été rendue dans les efforts de suffocation déterminée par l'introduction de quelques gouttes de sang dans la trachée au moment de son incision.

Trois tasses de lait seront données dans la journée. M. Trousseau recommande de cautériser le soir la surface de la plaie avec

le crayon de nitrate d'argent, et de réunir, à l'aide de bandelettes de taffetas gommé, l'extrémité inférieure de l'incision.

Le soir, la respiration est assez facile ; quelques gros râles dans la poitrine ; fièvre intense.

Le 2 juin. On retire les deux canules pour cautériser jusque dans ses profondeurs la plaie qui offre une teinte grisâtre, et s'est recouverte de fausses membranes pendant la nuit, qui, du reste, a été bonne. Cette nuit aussi, dans un effort de toux, la malade a rendu par la canule *une fausse membrane, blanchâtre, épaisse, consistante* ; le diagnostic est donc sûrement confirmé.— Ce matin, une *nouvelle fausse membrane apparaît flottante dans la trachée* ; on la retire avec des pinces. Elle est adhérente du côté du larynx, auquel elle paraît suspendue. — Trois tasses de lait dans la journée. 120 pulsations le soir. La respiration est bonne, à cela près des râles sonores qui s'entendent toujours des deux côtés dans la poitrine.

Le 3, on cautérise encore la plaie ; trois tasses de lait de vache naturel ; 110 à 120 pulsations.

Le 4, toujours la cautérisation de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent. *Une fausse membrane a encore été rendue* cette nuit par la canule. — Ce matin, la fièvre est bien tombée, et le pouls n'est plus qu'à 90. Trois tasses de lait, deux petits potages gras. Deux garde-robes.

Le 5, la malade qui, jusqu'à présent, a conservé sa gaîté, se lève aujourd'hui, court par la chambre où on l'a isolée. Outre ses potages et son lait, l'enfant mange un œuf frais.

Le 6, M. Trousseau retire la double canule, cautérise vigoureusement la plaie avec le crayon ; et, après s'être assuré qu'en rapprochant au contact les bords de l'incision dans toute son étendue, la malade respire facilement par son larynx, il abandonne définitivement la canule, et la solution de continuité est réunie au moyen de six bandelettes de taffetas gommé. Il passe encore de l'air par la plaie ; la malade a cependant un peu de voix après le pansement.

Le 7, la malade va très bien ; elle va travailler à la cuisine avec la sœur qui lui porte beaucoup d'affection. Elle mange du chocolat, de la viande, prend du vin. De l'air passe toujours par la plaie. M. Trousseau fait remarquer aux élèves qui suivent la clinique, avec quelle rapidité la trachée s'est cicatrisée, car il reste à peine un petit pertuis du calibre d'une tête d'épingle.

Le 8, dans la nuit, la malade est prise d'épistaxis, et perd de deux à trois palettes de sang. La religieuse conçoit des craintes,

mais l'état du pouls est rassurant : 70 pulsations comme depuis quatre jours. On restreint un peu le régime.

Le 9, la malade est on ne peut mieux ; ce matin, pas de fièvre ; en sorte qu'on la lève, qu'elle mange et joue comme d'habitude. La plaie est complétement fermée, et la voix tout à fait revenue. L'enfant assiste à la procession de la Fête-Dieu qui se célèbre dans l'hôpital.

Le 10 et 11, la guérison de la plaie est complète.

Le 12, la malade sort.

Il y a une quinzaine jours (30 juin 1850) que la religieuse a reçu des nouvelles de l'enfant : la santé est parfaite. Il ne reste au cou qu'une cicatrice linéaire sans difformité. En 1851, elle est rentrée dans le service chirurgical de M. Guersant, pour une maladie du pied.

Deux attaques antérieures de pseudo-croup (laryngite aiguë striduleuse) ; — angine pelliculaire se propageant aux voies aériennes ; — imminence de suffocation ; — trachéotomie ; — guérison ; — persistance de l'inflammation diphthérique dans le nez, retour de l'angine pelliculaire pharyngienne ; — traitement local ; — guérison.

(Rédigé par M. le docteur Vosseur, médecin de la famille).

Obs. III. — La petite Dolhassary, née en mars 1845, constitution maigre, peu robuste; toujours bonne santé ; grande disposition à des coryzas légers et passagers.

Le 21 février 1847, à l'âge de 23 mois, à la suite d'un coryza qui dure depuis trois jours, elle est prise brusquement de symptômes du croup : beaucoup d'oppression, menace de suffocation ; inspiration très rauque représentant par accès et pendant un quart de minute la succession de sanglots, de hoquets, ou plutôt le cri saccadé d'un jeune coq qui s'essaie à chanter ; sifflement laryngé rauque. Pendant l'expiration, toux croupale très prononcée. Pendant l'accès, on n'entend nullement le murmure respiratoire ; ce murmure respiratoire s'entend très bien dès le moment où l'accès est passé. Pas d'aphonie ; la voix claire, nette et nullement enrouée. Pas la moindre apparence de fausses membranes dans l'arrière-bouche.

Une potion émétisée suivie de vomissements, quelques doses de calomel, et cette attaque de pseudo-croup se dissipe en moins de vingt-quatre heures.

En mai 1849, nouvelle attaque de pseudo-croup qui se dissipe en douze heures.

Le 10 juin 1850, à la suite d'un coryza qui dure depuis trois ou quatre jours, toux d'abord catarrhale qui dans la nuit prend le caractère croupal.

Le 11, toux croupale, sifflement laryngé prononcé ; menaces momentanées et passagères de suffocation. Le soir, sur les amygdales, exsudations membraneuses qui n'existaient pas le matin ; pas d'aphonie. Potion émétisée, vomissements ; toutes les deux heures, alternativement, 1 décigramme de calomel, puis 1 décigramme d'alun dans du miel.

Le 13, les pseudo-membranes des amygdales dissipées, la toux croupale remplacée par une toux grasse, catarrhale ; plus de sifflement laryngé.

Le 16, je cesse de voir l'enfant.

Dans la nuit du 17 au 18 juin, elle est reprise de toux croupale, rauque, de sifflement laryngé et d'oppression. On reprend le traitement des jours précédents.

Le 18, elle était assez bien ; mais dans la nuit du 18 au 19 les symptômes s'exaspèrent, et vers la fin de la nuit, le 19 juin, elle est prise des symptômes les plus alarmants de suffocation qui durent pendant six heures malgré un traitement actif, et qui durent encore à dix heures du matin, au moment où M. Trousseau voit la petite pour la première fois. Ainsi, toux rauque, croupale, presque éteinte ; sifflement laryngé rauque très prononcé, murmure respiratoire ne pouvant être perçu à l'auscultation. Depuis quatre heures du matin, la respiration est tellement gênée, l'hématose tellement incomplète, que les lèvres, les mains et les pieds commencent à prendre une teinte bleuâtre, que tout le corps est recouvert d'une sueur froide et visqueuse ; refroidissement des pieds et des mains ; jactitation continuelle. L'arrière-gorge est de nouveau le siége de pseudo-membranes. Menace immédiate d'asphyxie, et cependant toujours pas d'aphonie ; voix nette, claire et sonore.

Immédiatement, potion avec 1 gramme de sulfate de cuivre, prise par quart de vingt en vingt minutes ; vomissements abondants qui améliorent l'état de la petite. Le commencement de cyanose se dissipe, la sueur froide et visqueuse cesse et est remplacée par une bonne chaleur. Moins d'oppression.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

15. *Mémoire sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison*; par M. BONNAFOND, Chirurgien-Major à l'hôpital du Gros-Caillou, Correspondant des Académies de médecine de Paris, de Madrid, etc., etc.

Suite et fin : *voir* t. VII, juillet 1851, p. 159.

(Revue médico-chirurgicale, juillet 1851.)

L'observation suivante, et les gravures qui l'acompagnent, que nous croyons devoir publier avant la fin du savant mémoire de M. Bonnafont, feront juger d'avance de l'efficacité des moyens et de l'aptitude spéciale des instruments ingénieux qu'il a imaginés pour le traitement opératoire des polypes de l'oreille. Laissons parler l'auteur du mémoire et de l'opération :

M. B..., préfet d'un département du Midi, vint nous consulter, au mois de juin 1843, pour un polype qu'il avait depuis longtemps à l'oreille droite, lequel avait été opéré trois ou quatre fois infructueusement depuis deux ans. L'écoulement puriforme était très abondant, et lorsqu'il cessait accidentellement de couler, les douleurs d'oreilles et de la tête devenaient parfois intolérables. Après avoir examiné la position du polype et son point d'insertion, qui avait lieu tout près de la membrane du tympan, nous conseillâmes l'opération immédiate et nous insistâmes d'autant plus sur l'urgence, que la membrane du tympan était encore intacte, et que le nerf acoustique de ce côté avait conservé toute sa sensibilité, ce que nous prouvèrent les expériences du diapason, ainsi que celle d'une montre appliquée sur la surface du crâne. Je dis à M. B..., que s'il différait trop de se faire opérer, il pourrait arriver que ce polype détruisît la membrane du tympan, et que, par suite, le nerf perdît tout ou partie de sa sensibilité. Soit manque de temps, soit que le malade ne voulût de nous qu'un simple avis, je ne le revis plus. Un an après environ, en rentrant chez moi, à minuit, je trouvai une voiture et deux personnes qui m'attendaient avec impatience pour aller voir M. B..., horriblement souffrant depuis quelque temps, par suite de son mal d'oreille qui l'avait obligé de quitter précipitamment son département pour venir chercher quelque soulagement à Paris. Déjà MM. Cloquet, Trouseau et Chomel, avaient été consultés sans que les douleurs se fussent améliorées.

A mon arrivée, je trouvai le malade assis sur son lit, tenant sa tête avec les deux mains et étouffant des cris de douleur ; il lui semblait, disait-il, que sa tête éclatait du côté de l'oreille malade ; en outre, depuis plusieurs jours, l'estomac rejetait toute

espèce d'aliments et même de boissons. Préssé par la douleur, le malade se levait, courait dans sa chambre en criant, et semblait être en proie à un accès d'un délire furieux. Après bien des instances et du temps, nous parvînmes à obtenir de lui un peu de tranquillité pour examiner son oreille, de laquelle s'écoulait une suppuration rougeâtre extrêmement fétide. Notre petit spéculum placé, et le méat auditif détergé, nous aperçûmes au fond du conduit le sommet d'un polype dont l'aspect rouge, lisse et luisant, témoignait qu'il occupait toute la capacité de ce tube, dont les parois exerçaient une pression sur lui. Sans rien dire au malade ni aux assistants, j'enfonçai la pointe d'un stylet très aiguë dans le polype, à l'effet de provoquer une légère hémorrhagie et obtenir ainsi son dégorgement ; le sang qui s'échappa de l'oreille ayant effrayé les personnes qui m'entouraient, je dus prolonger ma visite afin de les rassurer. Du reste, cette ponction légère ne tarda pas à produire des résultats satisfaisants; car deux heures après, le malade, bien que souffrant encore, put néanmoins rester couché et goûter un peu de sommeil, ce qu'il n'avait pu faire, depuis plusieurs jours malgré les narcotiques qu'on lui avait fait prendre.

Le lendemain ce mieux avait cessé, et les douleurs étaient devenues aussi intolérables. A notre première visite que nous fîmes avec un des médecins que nous venons de nommer, ayant parlé de l'extraction du polype comme de l'indication la plus pressante à remplir et la seule qui pût mettre un terme à une série de symptômes si alarmants, nous décidâmes que nous ferions un appel aux sages conseils de plusieurs vétérans de la science. En conséquence, une consultation, composée de MM. Chomel, Jules Cloquet, Trousseau, Pasquier et nous, eut lieu le soir même, laquelle, après examen du malade et des symptômes qui semblaient annoncer une lésion grave des méninges, décida qu'il pourrait y avoir quelque inconvénient à pratiquer une opération douloureuse dans une région si rapprochée et qui avait tant de rapports avec le cerveau et ses enveloppes. Le traitement, dirigé exclusivement contre la méningite, fut loin d'apporter aucune amélioration dans l'état du malade. Pendant les quatre ou cinq jours qui le suivirent, les symptômes devinrent même si graves et si alarmants, qu'ils donnaient des craintes très-sérieuses sur l'issue de la maladie.

Une seconde consultation eut lieu ; et cette fois, après bien des hésitations que justifiait assez l'état du malade, l'opération fut décidée. M. B... la réclamait à grands cris depuis la veille. Le conduit auditif étant dilaté par le spéculum et bien éclairé au

moyen de notre appareil otoscope, nous glissâmes dans le conduit la pince bivalve (pl. 1, let. E), et aussitôt que le polype fut engagé dans l'évasement des deux becs de l'instrument, nous poussâmes la canule mobile avec le pouce, et le polype fut ainsi écrasé. La douleur qui résulta de cette pression, très vive d'abord, diminua sensiblement et devint au bout de quelques minutes très supportable. Une assez grande quantité de sang s'écoula aussitôt de l'oreille; et, afin de produire un écrasement plus complet de la tumeur, nous ôtâmes le manche de l'instrument et nous laissâmes attachée au polype la pince avec sa canule (let. G, pl. 1). Comme le plus léger mouvement de la pince provoquait des douleurs très vives dans l'oreille, nous nous gardâmes bien d'exercer aucune traction sur la tumeur. Tout ce que nous voulions obtenir, c'était son dégorgement afin de juger de l'influence qu'il exercerait sur les symptômes. Nous retirâmes la pince au bout d'une demi-heure, et nous recommandâmes de faire des injections dans l'oreille avec une décoction de têtes de pavot. L'opération fut pratiquée à onze heure du matin. A quatre heures, nous revînmes : nous trouvâmes notre malade dans son lit, fort calme relativement, et ayant pu trouver une heure et demie de sommeil. Le soir il put prendre et garder un peu de bouillon; et la nuit, bien qu'agitée, le fut néanmoins beaucoup moins que les précédentes. Mais le matin, sous l'influence de la toux et du moucher, un amas de matière très infecte fut chassé de l'oreille par l'action de l'air qui avait été poussé par la trompe d'Eustache dans la caisse du tympan. L'expulsion de ces matières qui engorgeaient probablement toute la cavité du tympan produisit presque instantanément un soulagement très sensible.

Le lendemain, le malade n'éprouvait que des douleurs fort légères et put rester levé une grande partie de la journée, mangea passablement, et surtout sans que l'acte de la mastication produisît aucune douleur à l'oreille, comme cela avait lieu avant l'opération.

Depuis ce jour, l'état du malade ne fit que s'améliorer, et un mois après, il ne restait plus qu'un léger écoulement de l'oreille, que de légères cautérisations secondées par des injections astringentes firent disparaître presque complétement. Il y a maintenant six ans que M. B... a été opéré, et la guérison continue sans que le plus léger accident soit venu en troubler la marche.

Je borne les citations nombreuses que nous pourrions faire à cette seule observation, parce qu'il est impossible de trouver un fait plus complétement en rapport avec tout ce que nous avons dit sur la symptomatologie du polype de l'oreille, et sur la nécessité

d'en opérer l'extraction au moyen de procédés opératoires plus rationnels que ceux employés jusqu'à ce jour.

Symptômes. — Nous pensons avoir suffisamment indiqué les symptômes qui accompagnent les polypes de l'oreille pour que nous croyions pouvoir nous dispenser d'y revenir. Nous dirons, cependant, qu'il est bien étrange qu'un polype puisse se former, grandir et rester dans une partie aussi délicate que l'oreille sans que sa présence y produise aucune douleur tant qu'il n'existe pas de mouvement fluxionnaire ; mais aussitôt qu'une légère congestion s'y opère, les symptômes d'un abcès phlegmoneux, plus ou moins intenses, se déclarent, durent cinq ou six jours, et ne disparaissent qu'après un écoulement abondant de matières très fétides mêlées souvent avec du sang. Les crises qu'on attribue à des courants d'air sont bien plutôt provoquées par le gonflement du polype, qui, obstruant le conduit auditif, s'oppose au libre écoulement du pus; celui-ci, arrêté, s'accumule entre le polype et la membrane du tympan, comprime cette dernière, et donne lieu à tous les accidents qu'entraîne la compression de cette membrane, et que nous avons indiqués ailleurs ; ou bien, si le tympan est perforé, ce qui a lieu toujours quand la maladie est ancienne, le pus passe dans la caisse, s'y accumule en déterminant des douleurs intolérables ; et, comme nous l'avons déjà dit, si le conduit auditif externe ou la trompe d'Eustache ne lui permettent pas de s'écouler au dehors, il fuit dans les cellules mastoïdiennes, détruit la muqueuse et la chaîne des osselets, dénude les surfaces osseuses, brise la membrane de la fenêtre ronde, pénètre dans le vestibule de l'oreille interne où son voisinage du cerveau ne tarde pas à produire une inflammation de cet organe ou de ses enveloppes.

Parvenue à ce degré de gravité, la maladie peut devenir immédiatement mortelle si on ne se hâte de donner issue au pus, soit par l'extirpation du polype, ou bien en dilatant ou désobstruant la trompe d'Eustache au moyen du cathétérisme de ce tube. Nous ne nous dissimulons pas les difficultés qu'il y a de soumettre le malade, au milieu des douleurs qu'il éprouve, à de pareilles opérations; mais, en présence d'une position aussi désespérante, et de l'événément qui doit en être la triste conséquence, la pire de toutes les médications est celle qui conseille de ne rien faire, lorsque, surtout, les ressources de l'art n'étant pas épuisées, une lueur d'espoir peut encore jeter un peu d'assurance dans l'esprit du médecin, et un peu de calme dans celui des parents.

Il est bien évident que l'extraction du polype, dans un cas

aussi désespéré, pas plus que l'écoulement du pus par la trompe d'Eustache ou par l'apophyse mastoïde, n'auront pas pour résultat la guérison des désordres qui existent dans la caisse, mais bien de produire un soulagement sensible, tout en permettant de diriger vers l'oreille une médication dont les voies vous étaient fermées auparavant. Et d'ailleurs, comme il est impossible, même à l'esprit le plus sagace, de préciser le degré d'incurabilité du mal en présence des ressources immenses que la nature peut mettre en action, il importe de ne rien négliger pour ramener les parties dans les conditions les plus favorables qui leur permettent de profiter de son influence médicatrice. On comprend que, si l'on parvient à extraire le polype, des injections les mieux appropriées, dirigées dans la caisse, soit par les conduits auditifs externes ou par la trompe d'Eustache, puissent modifier l'état pathologique assez avantageusement pour provoquer, sinon une guérison complète, au moins un soulagement notable.

Traitement.—Aussitôt que l'existence d'un polype dans l'oreille sera bien constatée à l'aide des moyens que nous avons déjà indiqués, il faudra songer au procédé opératoire qui conviendra le mieux pour en faire l'extraction. Le chirurgien peut choisir, selon les cas, entre l'arrachement, la ligature, la cautérisation et l'instrument tranchant.

Arrachement. Quand le polype est à pédicule étroit et qu'il s'insère sur les parois des conduits, n'importe à quelle profondeur, l'arrachement peut être employé avec avantage. Seulement, afin d'éviter les inconvénients et les douleurs d'une forte traction qu'exigent ceux dont le pédicule est trop résistant, je combine l'arrachement avec la torsion. Ce procédé est moins douloureux, et de plus, il a l'avantage d'être moins exposé aux hémorrhagies. Mais pour le pratiquer il faut avoir bien soin de glisser les pinces jusqu'au pédicule et le plus près possible du point de son insertion. Sans cela, on s'exposerait à laisser à côté de l'oreille un fragment trop considérable, qui pourrait exiger une nouvelle opération. Mais si l'insertion du polype se fait sur la membrane du tympan, l'arrachement doit être le dernier de tous les procédés qu'on devra mettre en usage. Comme nous l'avons déjà dit, il ne suffit pas seulement ici d'enlever le polype, il faut encore ménager l'appareil de l'oreille moyenne afin de compromettre le moins que cela se pourra, la faculté de l'ouïe. Comme il est difficile, sinon impossible, d'arracher un polype adhérent au tympan, sans entraîner avec lui une portion de cette membrane, on comprend qu'il serait prudent de réserver cette méthode pour

les cas seulement où la ligature et la section seraient tout à fait impossibles.

Je sais que l'arrachement est beaucoup plus facile et surtout plus expéditif. Mais le chirurgien devant attacher plus d'importance au résultat de l'opération qu'aux procédés faciles et brillants dont il se sert pour la pratiquer, il ne devra pas, en pareil cas, regretter les quelques minutes de plus qui peuvent procurer au malade une si heureuse compensation aux douleurs qu'on lui aura fait éprouver.

Pour opérer l'arrachement, nous nous servons de pinces que nous avons fait faire exprès et qui se composent : 1° d'un manche (pl. 1, let. H.); 2° d'une pince à deux ou trois branches (let. F G.); 3° d'une canule à coulisse dans laquelle est vissée une des deux pinces et terminée à son autre extrémité par un bouton aplati. Cette canule s'articule par une petite tige carrée sur le manche où elle est fixée au moyen de la vis de pression que celui-ci présente à son extrémité supérieure; le manche et la canule ainsi réunis forment un angle de 75 degrés environ (pl. 1, let. E.) Cette disposition, que nous avons donnée à la plupart de nos instruments, nous permet de suivre de l'œil toutes les manœuvres, puisque la main placée au dessous de l'oreille ne gêne nullement le passage de la lumière ni le rayon visuel, tandis qu'avec des instruments à tige et à manche direct la main placée dans la même direction gêne constamment l'un et l'autre. Dès que le polype est engagé entre le mors de la pince, la paume de la main qui tient le manche appliqué contre le bouton de la canule, fait avancer celle-ci et, par suite, resserre les becs de la pince ; quand le polype est saisi, afin de faciliter les manœuvres de l'instrument, soit qu'il faille exercer de simples mouvements de traction ou de torsion, nous enlevons le manche en lâchant la petite vis du premier et la canule seule reste fixée au polype. Si le pédicule de ce dernier est fibreux et qu'il ne cède pas aux mouvements de torsion de la pince, il faut alors en opérer la section au moyen d'un des bistouris (C. ou D. pl. 2.) Quelle que soit la profondeur du polype, il peut être atteint par ces deux instruments dirigés par une main exercée.

Quand le polype aura été enlevé par arrachement, il faudra laisser couler le sang pendant dix minutes à un quart d'heure, puis on détergera le conduit auditif avec de l'eau presque fraîche, et au moyen d'une petite éponge montée sur une pince (pl. 1, let. D.) on absorbera tout le sang afin de mettre bien à découvert le pédicule qu'on touchera aussitôt avec le nitrate d'argent (pl. 1, let. D.) Cette cautérisation, quand le pédicule est attaché

aux parois du conduit, est ordinairement peu douloureuse, et permet d'appuyer assez fortement le petit crayon de nitrate sur la plaie. On renouvelle cette cautérisation tous les deux ou trois jours jusqu'à ce qu'il ne reste plus aucune trace du pédicule. On surveille celui-ci pendant vingt jours ou un mois afin de s'assurer s'il est disposé à produire un nouveau polype ; et, si au bout de ce temps, il ne forme aucune nouvelle végétation, la guérison, quant à la reproduction du polype, peut être regardée comme complète.

Ligature. La ligature peut être pratiquée dans les mêmes circonstances que l'arrachement, et elle a de plus l'avantage de pouvoir être appliquée aux polypes qui naissent sur la membrane du tympan. Pour nous, nous la réservons presque exclusivement à l'enlèvement de ces derniers, à moins que nous ne préférions la section.

Quand le polype est petit et qu'il n'occupe pas toute la capacité du conduit auditif, on peut choisir entre tous les procédés pour y diriger une ligature. Dans les circonstances ordinaires, c'est au procédé de M. Fabrizy que nous donnons la préférence. Mais, si le polype est volumineux et qu'il touche en tous sens les parois du conduit, comme cela s'observe souvent, le procédé de M. Fabrizy devient impossible à cause du manque d'espace pour faire pénétrer les canules qui sont destinées à poser le fil. Ces sondes sont en effet beaucoup trop épaisses, et quand cet habile opérateur nous dit qu'il en introduit deux et même trois en même temps dans le conduit auditif, c'est qu'il n'a eu affaire qu'à de très petits polypes. Les canules pour ligatures ont un peu plus d'une ligne ou deux millimètres et demi d'épaisseur : or, pour peu que le polype présente un certain volume, il est impossible, à moins d'y exercer une violente compression, de faire passer entre lui et les parois des conduits les deux sondes nécessaires pour faire la ligature selon le procédé de M. Fabrizy. Il faut, dans la plupart des cas, des instruments plus délicats, plutôt aplatis que ronds, tout en conservant assez de solidité. Voici les instruments dont nous nous servons et qui nous ont réussi plusieurs fois. Le porte-nœud ressemble à celui de M. Recamier pour les polypes de l'utérus, mais réduit aux dimensions suivantes : longueur de la tige jusqu'aux anneaux, 12 centimètres ; largeur, un millimètre et demi ; épaisseur, un demi millimètre (pl. 2, let. F.) Le serre-nœud est un peu plus fort : sa largeur étant de deux millimètres et son épaisseur de un millimètre. Celui-ci consiste en une tige d'acier présentant : 1° un chas à une extrémité pour faire passer les deux bouts du fil ; 2° à sept centimètres de cette

extrémité un petit bouton à vis précédé d'une petite œillère placée à la distance d'un demi centimètre ; 3° enfin, son extrémité correspondante est libre et se fixe sur un manche d'ivoire à l'aide d'une vis de pression (pl. 1, let. I.) Voici l'usage de toutes ces parties.

Dès que le fil est engagé dans l'ouverture supérieure, les deux chefs, passés dans la petite œillère, sont engagés sous le bouton de vis, qui peut être laissé libre ou les presser à volonté. Quand l'anse du fil a été portée au moyen des deux instruments sur le pédicule du polype, le porte-nœud est retiré ; alors l'opérateur, saisissant plus fortement les deux bouts du fil qu'il faut laisser très longs, tire sur eux pendant qu'avec le pouce il prend un point d'appui sur le bout du serre-nœud ; à l'aide de la combinaison de ces deux mouvements de traction sur les fils et de pression sur l'instrument, il en résulte pour le pédicule du polype compris dans l'anse du fil une pression qu'on peut porter à un degré tout à fait volontaire pendant qu'on conserve la faculté de la diminuer ou de la cesser complétement si les circonstances l'exigeaient. Dès qu'on croit le polype suffisamment serré, un aide tourne le bouton de vis jusqu'à ce que les fils soient fixés entre lui et le corps de l'instrument. On peut, si l'on tient à terminer l'extraction du polype immédiatement, ajouter la torsion à la constriction ; il suffit pour cela de faire exécuter quelques tours au serre-nœud, tout en serrant davantage l'anse du fil. Si la douleur ressentie par le malade, ou tout autre accident, ne permettait pas d'exercer une pression graduelle, aussitôt que les fils seront fixés à un degré supportable par le patient, on enlèvera le manche, et le serre-nœud restera dans l'oreille où sa délicatesse, sa légèreté, le feront facilement supporter. Sa longueur seule est gênante parce qu'elle dépasse l'oreille de deux centimètres. C'est là un petit inconvénient qu'il ne nous a pas été possible de faire cesser. Aussi, afin d'éviter la gêne qu'il occasionne pendant la nuit, faisons-nous toujours en sorte que le polype soit enlevé dans la même journée.

La délicatesse de nos instruments, et surtout leur forme aplatie, rend la ligature applicable et possible sur tous les polypes, quels que soient leur volume et le point du conduit ou du tympan où ils s'insèrent ; on voit que nous sommes loin de partager l'opinion de M. Kramer et d'un grand nombre d'opérateurs qui prétendent que l'application de la ligature est difficile ou même impossible quand le polype est petit, situé près de la membrane du tympan et d'une forme allongée. Tous ces polypes peuvent facilement être saisis par notre procédé ; seulement, quand ils

sont très petits et de forme allongée, nous préférons les enlever par arrachement ou par la section.

En comparant notre procédé avec celui de M. Fabrizy, qui est le plus en faveur, nous trouvons que le nôtre a l'avantage : 1° d'être d'une exécution plus simple ; 2° à cause de la finesse des instruments qui s'engagent plus facilement entre le polype et les parois du conduit, de pouvoir être appliqué dans des cas où l'introduction des canules de M. Fabrizy est difficile ou impossible. Comme nous, ce chirurgien laisse quelquefois la ligature à demeure où elle est fixe à l'aide de l'aplatissement de la sonde de plomb sur les fils. Cette sonde a même un avantage réel sur la nôtre, puisque, pouvant être coupée à une hauteur qui ne dépasse pas le pavillon de l'oreille, elle peut rester à demeure pendant la nuit sans trop gêner le malade. Mais, à côté de ce mérite, ce mode de ligature présente l'inconvénient de ne pouvoir être relâché à volonté lorsque sa constriction occasionne de vives douleurs : l'aplatissement de la canule de plomb sur les fils rendant le dégagement de ces derniers impossible, il faut alors de toute nécessité terminer l'opération, si on veut mettre fin aux douleurs très vives que le malade ne saurait supporter longtemps sans danger. Nous adresserons le même reproche au fil en métal dont se sert M. Fabrizy et qui, une fois tordu, ne peut plus se relâcher. Dans notre procédé, au contraire, le fil étant de soie, et fixé avec une vis de pression, on peut serrer et relâcher à volonté l'anse qui entoure le pédicule, de manière à continuer ou à suspendre l'opération, si une autre méthode doit lui être préférée, comme cela peut arriver pour les polypes fibreux qui s'insèrent sur la membrane du tympan et dont l'arrachement pourrait entraîner cette membrane avec le polype. Nous devons ajouter, avant de terminer ce paragraphe, qu'un simple stylet fourchu, recommandé par plusieurs chirurgiens, est presque toujours insuffisant pour diriger l'anse du fil jusqu'au pédicule ; une foule de circonstances, telles qu'un mouvement un peu brusque de la tête du malade, une douleur vive, un écoulement sanguin, pouvant séparer le stylet du fil, il devient fort difficile, même à une main exercée, de ressaisir ce dernier au milieu des parties qui le masquent entièrement. Le porte-nœud à châsse mobile n'a pas cet inconvénient, et doit être toujours préféré.

Cautérisation.— La cautérisation est presque toujours impuissante pour détruire un polype d'un certain volume ; mais elle devient précieuse pour détruire la portion du pédicule que les autres procédés n'ont pu enlever, et souvent pour s'opposer à leur reproduction. Le seul caustique que nous employions, c'est le

nitrate d'argent, en lui faisant subir la modification suivante : nous avons fait couler, à cet effet, de petits crayons de nitrate qui n'ont qu'un millimètre et demi de diamètre que nous portons à l'aide d'un petit porte-crayon (pl. 1, let. C.) sur le point que nous voulons cautériser. Le conduit étant parfaitement éclairé, nous pouvons diriger le caustique avec la plus grande précision et sans craindre de toucher ailleurs que là où son action est nécessaire. Cette délicatesse du caustique, qui dépasse de très peu les valves du porte-crayon, tout en permettant de manœuvrer facilement dans le conduit auditif, nous dispense de prendre les précautions si recommandées par les auteurs, telles que de placer un bourrelet de charpie contre la membrane du tympan, lié au milieu par un fil, afin de pouvoir l'extraire à volonté ; puis de garnir dans le même but, avec une petite lame de métal ou de cire, la portion du conduit opposée à l'implantation du polype. Nous n'avons jamais employé ces précautions, ne les ayant pas crues nécessaires ; elles nous semblent d'ailleurs beaucoup plus faciles à indiquer qu'à mettre à exécution. D'abord, la membrane tympanique supportera difficilement le contact des tampons et, pour peu que l'individu soit nerveux, la présence de ce corps étranger deviendra intolérable ; et puis si le polype est situé un peu profondément, je ne sais pas trop comment, avec le porte-nitrate ordinaire, on parviendra à diriger dans le conduit une plaque en en métal ou en cire. Nous le répétons, toutes ces précautions, bonnes sans aucun doute, demandent pour leur application des conditions que l'étroitesse du conduit présente bien rarement. Elles peuvent être bien plus efficacement remplies en se servant d'un porte-caustique à cuiller latérale pareil à ceux pour le canal de l'urèthre. On est bien sûr, en glissant le dos de la cuiller contre la paroi opposée du conduit, jusqu'à ce que le caustique soit au niveau du pédicule sur lequel on l'applique, de ne toucher absolument sur ce point. Quand nous portons le nitrate sur la membrane du tympan, nous nous servons d'un pareil instrument à cuiller directe, dont les parois garantissent complétement toutes les parties qui ne sont pas immédiatement en rapport avec le caustique. La cautérisation faite avec soin et d'après notre méthode, quoique parfois suivie d'une douleur très aiguë qui dure quelques heures, ne donne jamais lieu à des accidents un peu graves. Elles doivent être renouvelées tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'il ne reste plus aucun vestige du polype, et encore faudra-t-il surveiller la place pour s'assurer s'il ne repousse pas, auquel cas il faudrait continuer l'usage du caustique. Nous n'avons jamais eu la pensée de suivre l'exemple de *Scultet*

et de *Marchettis*, qui ont employé, dans des cas pareils, le cautère actuel. Cependant, si nous rencontrions un polype dont la tendance à se reproduire, résistât à l'action du nitrate, nous n'hésiterions pas à employer un bouton de feu, avec la persuasion que, dirigé avec soin sur le pédicule, il n'en résulterait pas d'autre accident que celui d'une douleur très vive.

Excision. — Si vous avons semblé donner la préférence à l'arrachement pour tous les polypes qui s'insèrent contre les parois du conduit, nous réservons exclusivement l'excision de la ligature pour ceux qui naissent sur le tympan. Mais chaque fois que l'excision est possible, et elle l'est souvent avec les moyens qui nous servent à la pratiquer, nous la préférons pour tous les polypes de l'oreille.

Jusqu'à présent tous les auteurs ne considèrent comme possibles d'être enlevés par l'instrument tranchant que les polypes situés peu profondément dans le conduit auditif ; ils ne croient pas ceux placés au fond de ce conduit et sur la membrane du tympan susceptibles d'être saisis par un bistouri. Nous sommes heureux d'annoncer à nos confrères que les instruments divers que nous avons fait faire nous permettent d'aller saisir le polype dans les parties les plus profondes du conduit.(1) Nous pourrions citer à l'appui plusieurs exemples d'opérations de ce genre que nous avons pratiquées avec un succès complet. Les instruments qui nous servent à cet usage, sont : quatre bistouris très déliés dont : 1° un droit, pareil à celui qui sert pour la section sous-cutanée des tendons. Son tranchant n'a pas plus d'un centimètre de long formé au bout d'un stylet qui en a dix et d'un manche qui en a autant, ce qui donne à l'instrument une longueur totale de seize centimètres, tandis que la tige d'acier et le tranchant n'ont qu'un millimètre et demi de largeur (pl. 2, let. C.) ; 2° un second, courbé sur le tranchant dont l'étendue est égale à celui du précédent, ainsi que la tige d'acier et le manche (pl. 2, let. D.) et 3° deux autres bistouris courbés à plat et presque à angle droit au milieu de leur tranchant qui est disposé de manière à ce que l'un serve pour la main gauche et l'autre pour la droite (pl. 2, let. E.), 4° d'une érigne double supportée par une tige de même dimension (pl. 1, let. I. et J.) Voici comment nous procédons.

Après avoir, à l'aide d'un stylet boutonné et recourbé à la pointe, bien constaté les dimensions du pédicule et le point où il s'insère, je saisis le polype avec la double érigne, le plus près

(1) Tous nos instruments ont été fabriqués par l'habile M. Charrière.

possible du point de son insertion, et quand je sens l'instrument bien et solidement engagé, j'y introduis le stylet-bistouri en le laissant glisser à plat entre le polype et le conduit, jusqu'à ce que sa lame soit arrivée derrière le pédicule s'il est contre les parois, et au-dessus s'il est contre le tympan. Dès que je sens que le tranchant appuie sur le pédicule, je tends ce dernier en le tirant légèrement avec l'érigne afin de faciliter sa section que j'opère en faisant agir le bistouri en sciant. Si le pédicule est étroit, la section se fait du premier coup ; mais s'il est un peu large, il faut y revenir deux ou trois fois, ce qui d'ailleurs retarde peu l'opération. On entraîne le polype au dehors avec l'érigne et on laisse couler le sang un quart d'heure. Les polypes du tympan sont saisis de la même manière et opérés avec un des bistouris courbés sur le plat dont le tranchant, engagé au-dessus du pédicule, le coupe en agissant de haut en bas ; car le peu d'étendue de la lame et l'étroitesse du conduit permettent difficilement de la faire agir en sciant. L'ablation exécutée de cette manière a l'immense avantage de ménager la membrane du tympan et de ne jamais augmenter le désordre que le polype peut y avoir commis. Mais on comprend combien il faut que le conduit auditif soit bien éclairé pour agir jusque sur le tympan avec autant de précision. Nous ne faisons rien au hasard, l'œil pouvant suivre distinctement tous les temps de ces opérations. Quand les polypes sont situés à l'entrée du conduit, je me sers de ciseaux bien étroits et à pointes boutonnées.

Après l'extraction du polype, on laisse couler le sang un quart d'heure ou une demi heure, puis on nettoie le conduit avec une injection d'eau presque froide, et on cautérise immédiatement la plaie du pédicule, après avoir bien desséché le conduit avec une petite éponge (pl. 1, let. D.) ; sans cette précaution, le nitrate, dissous dans une trop grande quantité de liquide, étendrait son action ailleurs que sur le pédicule, ce qu'il faut avoir soin d'éviter. Mais avec cette précaution, que nous ne négligeons jamais, et le porte-caustique dont nous nous servons (pl. 1, let. C.), nous sommes certain de ne jamais atteindre que le point que nous voulons cautériser.

Le polype n'étant, comme nous l'avons déjà dit, qu'une production morbide due à l'altération des tissus sur lesquels elle se développe, on comprend que son extraction ne saurait entraîner la guérison de l'otorrhée, accident qui préoccupe le plus le malade ; mais on comprend aussi que les ulcérations plus ou moins profondes et plus ou moins graves du conduit et de la membrane du tyman ou de la caisse, qui sont toujours la cause

de la douleur, ne sauraient recevoir une médication naturelle et curative tant qu'elles sont masquées par un polype dont la présence devient une cause incessante des accidents que nous avons signalés.

Dès que le polype est enlevé, il faut s'occuper du traitement de la cause qui a pu le produire. On examinera avec soin le siége, la nature des ulcérations du conduit et on s'assurera surtout, avec un stylet boutonné, si dans la portion malade de la muqueuse l'os n'est pas dénudé, ce qui arrive très souvent, et quel est le degré de décollement de cette membrane ; je l'ai vu quelquefois très étendu à la paroi supérieure du conduit où la suppuration se faisait jour par cinq ou six petits trous à travers les tissus qui recouvrent l'os. L'écoulement, dans deux cas pareils, ayant résisté à tous les moyens ordinaires, céda en peu de jours, après avoir, à l'aide d'une longue incision, converti tous les points fistuleux en une plaie simple. C'est là une cause d'otorrhée assez fréquente et sur laquelle nous appelons l'attention des praticiens. On examinera aussi avec soin les altérations de la membrane du tympan si elle est ulcérée, épaissie, détruite en totalité ou en partie, et, dans ce cas, on s'assurera si les osselets n'ont pas été détachés, ce qui, en raison des muscles qui les retiennent, arrive assez rarement. Enfin on s'enquerra, par un ou plusieurs examens attentifs, de toutes les lésions que le conduit, la membrane du tympan et la caisse pourront présenter, afin de choisir la médication locale qui peut le mieux convenir. Mais là ne doivent pas se borner les investigations du médecin s'il veut atteindre le mal dans sa source : il doit par dessus tout examiner la constitution du malade, celle de ses parents, les maladies dont il a pu être atteint et se faire rendre compte des conditions hygiéniques au milieu desquelles la maladie a pu se développer, car les altérations de l'oreille qui donnent naissance aux productions polypeuses, s'alliant toujours à des constitutions lymphatiques, scrofuleuses ou à tout autre vice qu'il n'est pas toujours possible d'apprécier, il importe de soumettre le malade à un traitement général approprié aux causes que nous venons d'énoncer, si on veut arriver à une solution favorable de la maladie. Les moyens chirurgicaux sont impuissants ou ne procurent qu'une guérison apparente, sans l'influence salutaire, dans ce cas, d'une médication interne. Nous en dirons autant de celle-ci, laquelle, dans aucune circonstance, ne peut procurer une guérison complète de la même affection si elle n'est puissamment secondée par des applications locales. C'est pourtant là une doctrine trop généralement suivie ; la plupart des méde-

cins, sans chercher à découvrir la cause qui entretient les otorrhées, chez les enfants surtout, croient qu'elles guérissent avec le temps et sous l'influence de soins purement hygiéniques. Si quelques succès sont venus déposer en faveur de pareilles idées, il est un bien plus grand nombre d'exemples qui plaident contre, car plusieurs personnes sourdes à la suite d'écoulements d'oreilles, ne doivent l'abolition du sens de l'ouïe qu'au peu de soin qu'on a mis pour rechercher la cause qui les rend intarissables. Combien de personnes, affectées d'ophthalmie, perdraient la vue si l'œil, placé au fond d'un tube, rendait moins visible à l'observateur le nombre si varié de ses altérations? Quel est le médecin qui, dans un cas d'ophthalmie purulente, granuleuse ou autre, oserait compter sur sa guérison sans recourir aux bienfaits d'une médication locale ? Afin de faire ressortir toute l'importance d'un traitement local dans les écoulements de l'oreille, nous ne saurions mieux faire que de rapporter les paroles que nous avons entendues aux leçons de M. le professeur *Velpeau* sur les maladies des yeux : « Lorsque la maladie, dit ce praticien célèbre, est déjà ancienne, ou lorsqu'il s'agit de sujets délicats (ce qui a eu lieu toujours pour l'otorrhée), les moyens généraux n'offrent plus la même efficacité ou la même innocuité. Des résultats plus prompts et plus sûrs pouvant être obtenus à l'aide des topiques, il est naturel de les préférer à l'ébranlement général qu'entraîne après elle une médication interne trop longtemps employée. » On sait que les topiques les plus puissants sont formés par les caustiques, et que les ophthalmologistes en font un fréquent usage ; il y a mieux : je ne sais pas s'ils oseraient compter sur la guérison d'une maladie d'yeux un peu chronique sans recourir à l'action si souvent héroïque du nitrate d'argent, ou d'un topique dans la préparation duquel cet agent fournit la propriété spéciale. Eh bien ! c'est cette même médication que nous réclamons en faveur des maladies de l'oreille qui donnent, ou qui peuvent donner, naissance aux polypes ; et, nous osons affirmer que c'est à elle que nous devons les nombreux succès que nous avons obtenus contre des affections qui avaient été rebelles à tous les traitements généraux. Les applications du nitrate d'argent, soit à l'état solide ou en solution, ne sont pas plus dangereuses pour les oreilles qu'elles ne le sont pour les yeux ; mais, là comme ici, elles demandent à être employées avec prudence, et surtout à propos.

Nous terminerons ce Mémoire par quelques mots sur les phénomènes nerveux qui se manifestent pendant l'extraction des polypes insérés sur la membrane du tympan, et qu'aucun auteur

Planche 1.

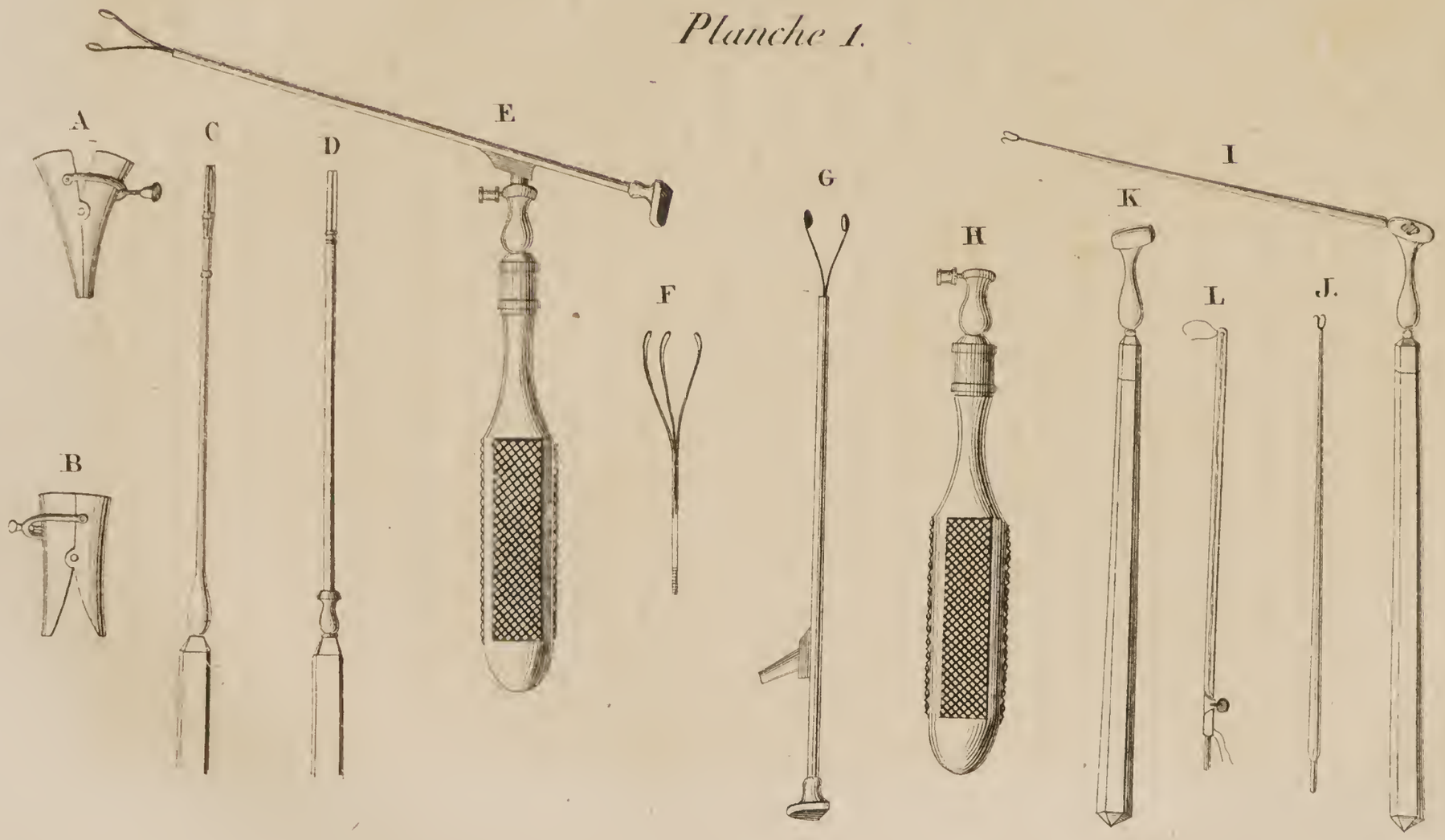
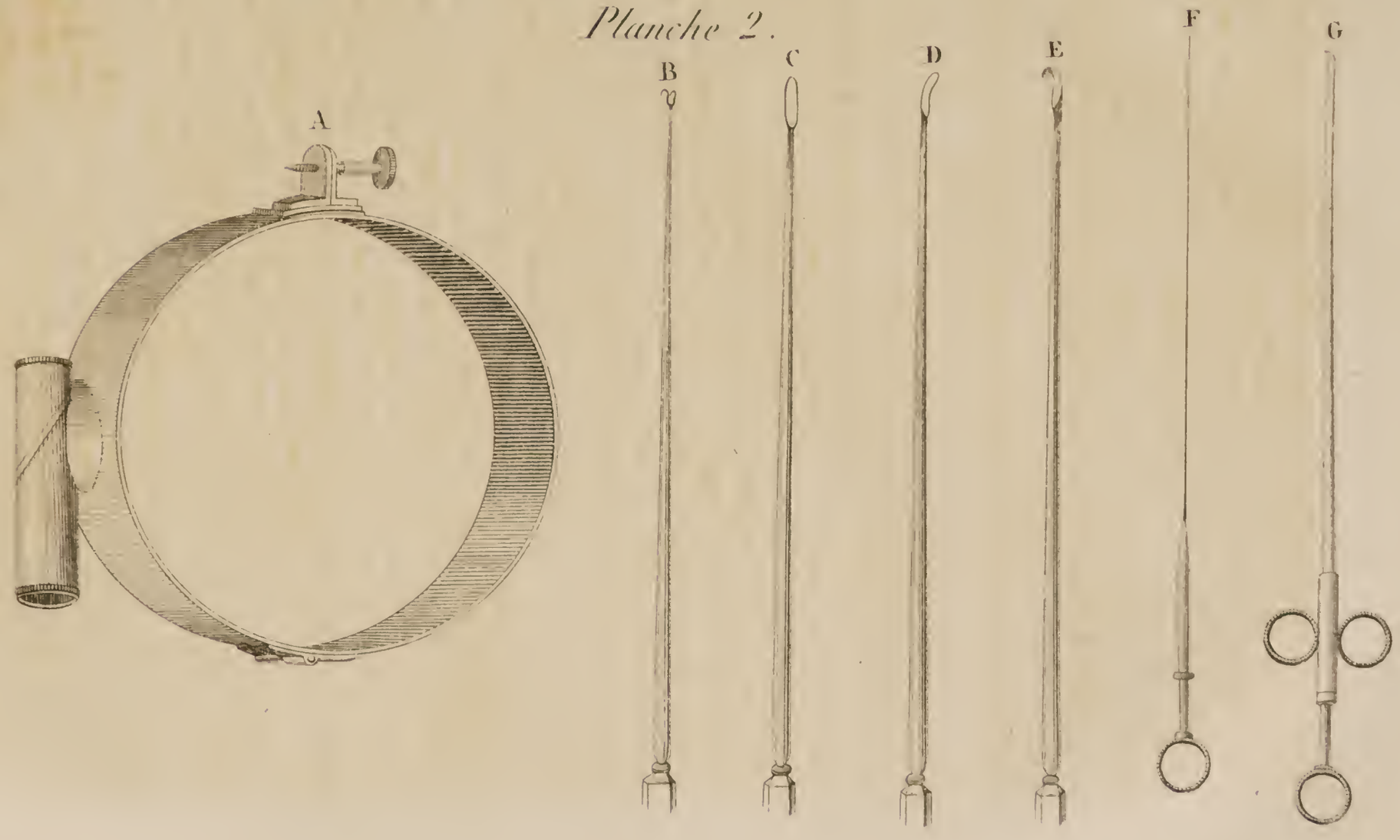


Planche 2.



ne pouvait mentionner, puisque ces polypes n'était jamais enlevés par l'instrument tranchant.

Quand le polype est saisi avec les pointes de l'érigne, outre la douleur locale, qui est légère, le malade éprouve une sensation qui longe le côté correspondant de la base de la langue, et que le malade compare à celle qui résulterait de l'application d'un corps froid légèrement aigrelet ; mais quand le bistouri sépare le polype de la membrane, la sensation de la langue se change en une douleur très vive qui s'étend jusqu'à sa pointe, et, quelquefois aussi, aux racines des dents supérieures du même côté.

Dès que le polype est enlevé, si, pendant que la plaie de son pédicule est encore fraîche, on y applique un crayon de nitrate d'argent, le malade éprouve une sensation à l'œil correspondant, qui se traduit par une sécrétion très abondante de larmes, et une rougeur immédiate de la conjonctive, surtout vers l'angle externe de l'œil : cette douleur, au dire de quelques personnes, ressemble à une traction exercée sur un des nerfs, et, selon d'autres, à celle produite par une aiguille très acérée qu'on aurait enfoncée dans l'œil. On comprend que l'intensité de ces douleurs présentera autant de variétés que la constitution plus ou moins nerveuse des personnes, et que telle qui n'éprouve qu'une sensation à peine sensible, se traduira par une douleur très vive chez une autre ; mais, ce qui est à peu près constant, c'est cette différence de sympathie morbide développée par la section du polype ou par sa cautérisation. Nous ne disons pas que cela s'observe toujours, mais seulement dans le plus grand nombre des cas. Nous nous proposons, du reste, de revenir plus au long sur ces effets sympathiques dans un prochain Mémoire, que nous présenterons aux lecteurs de la *Revue médicale*, sur les différentes affections de la membrane du tympan.

---

15. *Des pansements rares et des pansements rapprochés des plaies ;* par le docteur A. Bertherand.

Suite et fin : *voir* t. VI, juin 1851, p. 154 ; t. VII, juillet, p. 153.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 6, juin 1851.)

V. *Hémorrhagies.*

L'écoulement du sang complique différemment les plaies, selon la manière dont il a lieu et la source qui l'entretient. L'hémorrhagie *en nappe* ou suintement capillaire est la moins grave, au

début du moins, à cause des ressources nombreuses que l'on possède contre elle : application des styptiques et des topiques spongieux, réunion, compression, cautérisation, etc. La suspension du flux sanguin, provenant dans ces divers traitements, de l'occlusion des orifices et de la formation de caillots obturateurs, il importe de prolonger assez longtemps l'emploi des moyens indiqués, pour que leur action soit efficace et définitive. Aussi est-il de précepte de ne pas toucher pendant plusieurs jours aux appareils disposés dans ce double but.

Il ne faudrait pas, par contre, exagérer la règle. Les poudres astringentes et les tamponnements, les escharres, inutiles bientôt comme hémostatiques et devenus corps étrangers, déterminent l'inflammation et la suppuration. J'en dirai autant de la compression, dont l'abus entraînerait l'œdème, l'endolorissement, l'engorgement phlycténoïde et l'atrophie des parties.

Le maintien de la compression sied, avant tout, aux plaies des vaisseaux dont on espère obtenir l'oblitération sans avoir recours à la ligature. Par elle, on s'est rendu maître de l'hémorrhagie de grosses veines et d'artères de moyen calibre ; cela est presque toujours aisé quand les vaisseaux avoisinent les surfaces osseuses qui servent alors de point d'appui aux pansements employés. On ne fait pas autrement à la suite de l'artériotomie temporale ; après la saignée malheureuse du pli du bras, on a pu encore de cette manière éviter la ligature.

En 1840, à l'hôpital militaire de Blidah (Algérie), nous avons arrêté, par la compression, une hémorrhagie de l'artère radiale, consécutive à un coup de feu, chez le nommé P***, chasseur de Vincennes. L'appareil n'avait été posé qu'à titre provisoire, pour nous laisser le temps de vaquer à des pansements plus urgents ; quand nous eûmes le loisir de nous occuper de ce blessé, cinq jours après son entrée dans le service, l'absence de tout accident et le bon état des parties nous engagèrent à temporiser. Au bout de deux semaines P*** fut dépansé ; nous trouvâmes la plaie vermeille et peu de suppuration. La cicatrisation était parfaite le vingt-huitième jour.

Voici un autre exemple plus concluant encore des ressources qu'on peut tirer de la compression et de la rareté des pansements, dans quelques cas fort embarrassants de plaies compliquées d'hémorrhagie avec sphacèle des parties environnantes.

Philippe S***, cocher à Strasbourg, atteint d'un panaris aggravé, faute de débridements nécessaires, fut pris de gangrène partielle de l'index et de la paume de la main gauche. Ces accidents dataient de trois jours déjà quand je fus appelé en consul-

tation. Les phalanges du doigt malade étaient à nu ; la plaie sanieuse et turgescente ; le sang avait abondamment coulé ; on ne pouvait préciser exactement la source de l'hémorrhagie. Lier les deux artères de l'avant-bras pour intercepter totalement la circulation dans une main en partie sphacelée, ne me parut pas opportun. Je proposai de simplifier, de régulariser, de débrider, en un mot, la plaie par l'ablation du doigt malade, et de modérer plutôt que de suspendre le cours du sang, à l'aide de compresses graduées sur le trajet de la radiale et de la cubitale. Cet avis fut adopté et immédiatement mis à exécution. La main pansée et modérément serrée reçut, sans interruption, des affusions d'eau froide. L'hémorrhagie semblait tout à fait arrêtée le lendemain, quand, vers dix heures du soir, et sous l'influence d'efforts violents pour aller à la selle, le malade, qui avait eu l'imprudence de se lever et de ne point s'aider d'un lavement, sentit comme une explosion de sang, *loco dolenti* ; en un clin d'œil l'appareil fut inondé.

J'arrivai quelques instants après et me retrouvai dans une alternative plus alarmante que la veille : lier les vaisseaux au-dessus d'une plaie gangreneuse, ou désarticuler le poignet. Comme il se faisait tard, et que d'autre part, en l'état de compromission de la main je ne courais pas grand risque aux dangers relatifs d'une seconde tentative de constriction, je me décidai à renouveler celle-ci avec un sucroît d'intensité ; je prescrivis la glace, le repos absolu, et la nécessité de m'appeler au premier indice alarmant.

Le lendemain matin, devant m'absenter pour plusieurs jours, je vis le malade de bonne heure ; il était dans d'excellentes conditions. Deux de mes confrères se tinrent prêts à tout événement. Heureusement il n'en survint aucun ; et, à mon retour, huit jours après, S*** ne courait plus de danger.

Sur le trajet de veines volumineuses, la compression permanente exige une certaine circonspection. M. Gerdy l'a vue provoquer une phlébite, des abcès viscéraux, et enfin la mort chez un jeune homme dont la saphène interne avait été ouverte à son entrée dans la crurale.

Dans les hémorrhagies artérielles, après la ligature, la réunion immédiate doit être tentée et le pansement rester intact en vue d'obtenir la cicatrisation de la plaie, moins la partie que traversent les fils ; il est une circonstance dans laquelle on ne saurait ainsi abandonner l'appareil à lui-même, c'est lorsque l'écoulement artériel appartenait à une vaste division des parties molles, et que l'on n'est pas bien sûr d'avoir lié tous les vaisseaux blessés. Il faut s'assurer, en effet, que l'hémorrhagie ne

se reproduit pas entre les lèvres de la plaie et n'y forme pas un caillot qui isole les surfaces, qui empêche leur adhésion, enflamme les parties, et provoque, par sa fonte, une suppuration amassée. Le pansement, en présence de ces doutes, doit même être d'une nature *provisoire*, c'est-à-dire tel qu'il puisse être facilement enlevé au premier signal du retour du sang, s'il apparaissait.

VI. *Tétanos, gangrène, pourriture d'hôpital.*

Il est assez délicat de faire entrer les causes du tétanos dans l'appréciation du pansement des plaies, tant on a varié et on varie encore sur l'étiologie de cette grave maladie. Croit-on à l'influence d'un air chaud et humide à la fois, chargé d'électricité ou de miasmes méphitiques? On hésitera à lever les appareils et à découvrir les surfaces dénudées; mais, d'un autre côté, on a accusé la division incomplète et le pincement des filets nerveux. L'indication se reporterait alors vers les pansements renouvelés, pour remédier, s'il est possible, aux accidents présumés.

On s'est bien trouvé, et nous en avons nous-mêmes fait l'essai, des applications narcotiques sur les plaies des tétaniques. C'est une raison encore de les panser plusieurs fois par jour, pour multiplier le contact des surfaces traumatiques avec les cataplasmes et les véhicules opiacés. D'après Larrey, l'irritation des blessures ne serait nullement dommageable aux tétaniques; il appert des faits importants publiés par lui, que des topiques chauds, stimulants, même des vésicatoires appliqués sur les bourgeons charnus, ont fait du bien en enflammant les tissus qui suppuraient, en y appelant un mouvement fluxionnaire intense, et en dérivant ainsi une part du travail morbifique de la moelle épinière. Michaelis se montre partisan de cette excitation révulsive; son efficacité militerait puissamment en faveur des pansements fréquents. Ajoutons que, quand le tétanos se déclare chez les amputés, les spasmes du moignon déplacent incessamment les pièces d'appareil, et que la nécessité de leur réapplication tranche alors la difficulté.

La gangrène et la pourriture d'hôpital, la fétidité du pus commandent le renouvellement des pansements; c'est le meilleur moyen de hâter la chûte des escharres en activant l'inflammation éliminatrice. En même temps, on débarrassera les plaies de *detritus*, de liquides infectes nuisibles, susceptibles d'être facilement résorbés, et de corrompre par leurs émanations l'air que respirent les malades.

VII. *Plaies compliquées de corps étrangers. — Plaies d'armes à feu.*

Ne point lever les appareils des plaies qui contiennent de corps étrangers serait encourir les dangers d'une inflammation consécutive presqu'inévitable ; il est rationnel, d'ailleurs, de venir en aide aux efforts spontanés de l'économie pour rejeter de son sein les matières qui y ont été violemment introduites. Or, l'indication d'un débridement, d'une contre-ouverture, d'une manœuvre opératoire quelconque ne peut être bien saisie que par une surveillance immédiate et assidue.

Ces observations tracent nettement la marche à suivre dans les plaies d'armes à feu, accompagnées de lésions osseuses avec esquilles, ou bien lorsque des fragments de projectiles, de bourre, ou des morceaux de vêtements sont demeurés dans les parties.

Une expérience de plusieurs années aux ambulances et hôpitaux de l'Algérie a fortifié d'une manière inébranlable nos convictions théoriques touchant cette doctrine. Aussi, quand récemment l'Académie de médecine de Paris a retenti des propositions contradictoires de M. Jobert sur la thérapeutique des fractures compliquées telle que l'ont établie nos devanciers et nos contemporains de la chirurgie militaire, nous avons voulu protester pour notre modeste part, contre des prétentions que la juste réputation de leur auteur ne nous empêche pas de considérer comme exagérées et dangereuses.

Dans les cas plus simples, en l'absence de fractures ou de corps étrangers, le précepte n'est plus absolu ; loin de là ! Je sais qu'on a invoqué la nature essentiellement contuse des plaies par armes à feu, l'attrition des tissus, l'abondance de la suppuration, l'engorgement et souvent l'étranglement, etc. Ces attributs sans doute sont tous contraires aux chances de réunion immédiate, et ne permettent d'espérer qu'une cicatrisation secondaire. Mais, quelque légitimes que soient ces motifs, *à priori*, il faut bien avouer qu'ils n'ont pour eux ni la sanction pratique des champs de bataille, ni l'assentiment des grandes autorités militaires. Larrey, dans sa clinique chirurgicale, se prononce d'une manière péremptoire pour la rareté des pansements. L'expérience de M. Baudens, en Afrique, l'a conduit à énoncer la même règle ; nous lui devons, entre autres exemples remarquables, le fait suivant : Une arme, chargée de cinq balles, éclate avec des désordres énormes dans la main d'un Arabe. Un *tébib* applique le premier pansement, et, au bout de vingt jours, on présente le patient à M. Baudens. L'inspection de la plaie découvre de tels dégâts que l'on décide l'amputation, sans pour-

tant en fixer le jour. Quarante-huit heures après, il fallut opérer « d'urgence, dit l'auteur, car la surface traumatique trouvée si « vermeille lors de la levée de l'appareil, bien que ce fût un vé- « ritable foyer d'infection, était devenue blafarde, violacée et « très douloureuse,... indubitablement par suite du contact de « l'air,... l'irritation gastro-intestinale s'était accrue d'une ma- « nière sensible. »

« En général, écrit M. Hutin, on découvre trop souvent les « plaies qui suppurent, dans la pratique civile surtout. On croit « que la présence du pus dans les appareils est une chose à « craindre, et tous les jours on les renouvelle ; c'est un grand « vice qu'il appartient à la chirurgie militaire de détruire. J'ai « dans mes salles beaucoup de blessés qui ne sont pansés que « tous les trois ou quatre jours : quelques-uns même ne le sont « que tous les douze ou quinze jours, et ils s'en trouvent bien. »

L'observation empirique des peuples barbares leur avait, avant nous, révélé les bienfaits de cette méthode générale de traitement des plaies, et c'est même à eux que nous en avons fait l'emprunt. Ainsi Larrey, suivant, de son propre aveu, la pratique des Egyptiens et des Espagnols, emploie, pour les plaies suppurantes, un appareil inamovible qui, à moins de circonstances peut lire dans ses *Mémoires de chirurgie militaire* les beaux ré- extraordinaires, reste en place jusqu'à entière cicatrisation. On sultats qu'il en a tirés. MM. Sédillot, Warnier, et nous-mêmes avons rencontré, chez les tribus de l'Afrique, des pansements dont les couches extérieures étaient recouvertes de planchettes de palmiers ou de roseaux pour assurer leur solidité et qu'on ne renouvelait qu'à de très longs intervalles.

En 1840, le général Duvivier commandant supérieur de Blidah, me pria de visiter un indigène atteint d'un coup de feu à la cuisse gauche. L'os était fracturé en deux endroits près du genou. L'accident remontait à plusieurs semaines ; le pus fusait de tous côtés ; l'articulation tibio-fémorale présentait une tuméfaction énorme. Je proposai l'amputation qui fut repoussée. Un tébib enveloppa la plaie d'étouppes trempées dans le miel et saupoudrées de henné. Le malade resta couché sur une mauvaise natte, dans une chambre humide et dans la puanteur infecte d'un pansement qu'on ne changeait qu'à toute extrémité. Au bout de quatre mois il était guéri avec ankylose et raccourcissement du membre.

Pour que les pansements distancés donnent dans le traitement des plaies d'armes à feu les avantages qu'on s'en promet, il faut, ou que l'inflammation et l'engorgement ne soient pas très déve-

loppés, ou bien qu'on ait réussi, au préalable, à en maîtriser sinon à en conjurer le développement. Sous ce point de vue, la méthode des irrigations froides et des applications réfrigérantes se lie étroitemeut à la doctrine des pansements rares; on peut dire que la première assure le succès de la seconde.

Le séjour prolongé des appareils et probablement aussi une température élevée déterminent souvent l'éclosion de myriades de vers ou larves. Larrey pense qu'on peut presque toujours négliger cette complication ; nous trouvons le conseil trop absolu. M. Guyon émet la même restriction.

VIII. *Ulcères.*

On lit dans Galien le précepte que Paul d'Ægine a reproduit, de ne lever le pansement des ulcères que tous les trois jours, *tertio die solvendum*. A. Parré, rapportant la cure d'un ulcère chez le seigneur de Vaudeuil, dit, dans son style pittoresque et expressif, qu'il ne faut pas *déshabilller* ces sortes de plaies. Magati, frappé des succès dont il avait été témoin à Rome, exposa : que les ulcères simples se guérissaient d'eux-mêmes, et qu'il était inutile de toucher aux appareils pour étendre des médicaments sur les surfaces dénudées. Sennert, son réfutateur, insiste sur les dangers du séjour du pus et de sa décomposition ; une preuve, à ses yeux, de l'injuste influence attribuée à l'action de l'air, c'est que les animaux sans cesse exposés à son contact se guérissent fort bien. Il se targue enfin des exceptions nombreuses qui, de l'aveu de Magati lui-même, modifient la méthode opposée et la réduisent aux cas les plus simples. Lecat, Chambon, Aubray ont défendu, en termes plus ou moins victorieux, la doctrine de Magati. Aubray convient toutefois du peu de solidité de quelques principes invoqués : « Les complications internes et « locales, pense-t-il, ont dans tous les systèmes éludé les règles « générales. »

C'est qu'en effet, il y a de grandes distinctions à établir entre les plaies qui ne se cicatrisent pas et tendent à s'agrandir. Ici, un principe délétère imprègne l'économie et l'empêche de réparer ses pertes ; là, c'est une ulcération accidentelle qu'aucune cause interne n'explique et qui résulte de dispositions ou d'influence extérieures telles que : négligence ou défaut de soins, excès d'irritation, manque de tissu cellulaire, atonie des vaisseaux, débilitation locale ou générale quelconque, etc. ; peut-être aussi : pansements intempestifs. Heister entendait sans doute parler de cet ulcère, quand il écrivait : « S'il continue à rendre de l'hu-

« midité, il faut y répandre des poudres dessiccatives, appliquer « par dessus de la charpie sèche et un emplâtre pour maintenir « ces choses en place jusqu'à ce qu'il soit parfaitement cica- « trisé. »

Varices. C'est un point de pratique incontesté que les ulcères variqueux demandent à ne pas être pansés fréquemment. La soustraction à l'air, le repos, une compression modérée sont les meilleurs éléments de leur cicatrisation, et différents modes de traitement local ont été imaginés pour reproduire ces conditions.

Dans l'un, c'est une plaque de plomb que M. Réveillé-Parise veut qu'on appose sur la surface suppurante pour l'y laisser à demeure pendant plusieurs semaines ; dans un autre, connu sous le nom de *méthode de* Baynton, et décrit par S. Cooper, on recouvre la plaie de bandelettes de diachylon étroites et imbriquées, qu'on renouvelle, par portions, tous les trois, quatre ou six jours, selon qu'elles ont été contaminées, etc. ; toujours pansements rares.

Syphilis. Nous sommes de ceux qui admettent un virus syphilitique, lequel, s'il n'infecte pas du premier coup l'économie entière, imprime du moins, dans le plus grand nombre des cas, une manière d'être particulière aux phénomènes locaux des lésions vénériennes. Eh bien ! lorsque des ulcérations présumées syphilitiques revêtent le cachet dit *Hunterien,* nous adoptons et nous recommandons les pansements répétés, pour deux causes : La première, c'est que l'infection neutralise ici tous les avantages des pansements rares. En second lieu, si tant est que le mal soit d'abord local et ne devienne profond que consécutivement, comme on a prétendu l'établir, l'accumulation du pus à la surface du chancre ne peut qu'augmenter les chances de résorption et favoriser l'infection.

Dans la cure rationnelle des plaies syphilitiques, telle que nous la concevons, la série des symptômes et des indications correspond à deux phases bien distinctes, une de *détersion*, l'autre de *réparation.* Tant que dure la première, renouvelez souvent les appareils sur une surface grisâtre, coupée à pic, à bourgeons vasculaires flasques, et *morts-nés*, pour ainsi dire ; que si, au contraire, la plaie devenue vermeille s'hérisse de granulations saillantes, si ses bords s'affaissent et semblent progresser vers le centre, évitez alors le contact de l'air, les frottements, tous les inconvénients enfin qui se rattachent aux manipulations inutiles des lésions simples en voie de cicatrisation.

M. Ricord professe aussi que pour les ulcères primitifs il faut changer souvent les pansements. Il ne doit y avoir d'exception

que pour la chancre induré. Il suppure peu d'ordinaire, à moins qu'il ne soit compliqué de gangrène ou phagédénisme. On doit bien veiller, en maniant ces plaies, à ne pas les faire saigner et à ne pas décoller la peau, car la solution de petits vaisseaux ouvrirait dangereusement de nouvelles bouches à l'absorption.

Cancer. Le siège, les symptômes, la sécrétion si variables des solutions de continuité réputées cancéreuses, ne permettent guère de fixer le mode de pansement qui leur sied de préférence. Les travaux de M. Récamier sur l'efficatité de la compression doivent encourager l'essai des appareils permanents. Bien avant lui, Bernard de Gordon les avait indiqués contre les tumeurs indurées et scrofuleuses, et Avicenne avait observé l'action résolutive de la compression en thèse générale. Dans plusieurs cas de fonte ulcéreuse des testicules indurés avec soupçon de tubercules ou de cachexie squirrheuse, nous nous sommes bien trouvé de pansements légèrement serrés et levés tous les trois ou quatre jours ; la suppuration était moindre et les bourgeons avaient pris un aspect meilleur.

IX. *Plaies qui résultent des amputations.*

« Le premier pansement après les amputations, dit M. Velpeau, ne doit avoir lieu, dans les cas ordinaires, qu'au bout « de soixante-douze heures, de quatre jours, et quelquefois « même de cinq ou six, comme le voulaient Magati et Monro. » M. Gerdy blâme le chirurgien « qui se hâte de panser les « vastes plaies consécutives aux amputations des membres dès « le troisième ou quatrième jour, et, à plus forte raison, dès le « second. Le premier appareil n'est à renouveler que quand la « suppuration a détaché entièrement ou presque entièrement « les premières pièces de la surface malade,... à moins qu'un « accident ne réclame impérieusement le contraire... ; et si, « après avoir enlevé les bandes salies par le pus, vous trouvez, « dit-il, les compresses et la charpie trop adhérentes, ne vous « obstinez pas à les séparer. Remplacez la bande sale par une « bande propre ;... faites enfin, selon le besoin, un quart ou une « moitié de pansement. »

Larrey, qui s'est prononcé une fois pour toutes en faveur des pansements rares, cite des amputés guéris sans changer d'appareil; et qui ne l'ont quitté qu'après la cicatrisation entière du moignon. Un chef de bataillon, amputé de l'épaule, s'est rendu du champ de bataille de la Moskowa en France, sans avoir été pansé une seule fois. Le général Janin, blessé à Elsberg (Prusse)

assura le succès d'une résection du maxillaire inférieur, en respectant son bandage jusqu'à son arrivée à Paris.

M. Bégin veut, qu'en absence d'accident, on ne touche à l'appareil que huit ou dix jours après l'opération et encore seulement à ses couches extérieures. Les pansements consécutifs doivent, selon lui, être retardés autant que possible. « Depuis « plusieurs années, ajoute-t-il, je ne panse plus les amputés que « tous les trois, quatre ou six jours, et souvent davantage. J'en « ai conduit plusieurs à une guérison complète avec trois et « même seulement deux pansements. »

M. Baudens rapporte, dans sa *Clinique des plaies d'armes à feu*, les observations de dix amputations et résections.

Cinq fois l'appareil n'a été levé qu'au huitième jour ;

Deux fois au cinquième ;

Une fois au quatrième ;

Une fois au dixième (désarticulation huméro-cubitale).

La moyenne du traitement a été de dix-huit jours.

Les chirurgiens anglais accusent depuis longtemps notre mode de pansement de la grande mortalité qui frappe nos opérés. Lors d'une visite que je fis aux hôpitaux de Londres, en 1848, l'honorable M. Lawrence appela mon attention sur la simplicité de quelques appareils appliqués dans les salles de *St. Bartholomew's Hospital.*

Dans ces dernières années, M. Sédillot s'est constitué le promoteur d'une réforme radicale des pansements consécutifs chez les amputés ; et, pour faire prévaloir leur *inutilité absolue*, il a généralisé un procédé opératoire adapté déjà par M. Baudens à plusieurs amputations et désarticulations. Il s'agit de ménager, dans tout les cas, un lambeau antérieur retombant sur la plaie par son propre poids; on le protège contre les extrémités osseuses par l'interposition d'un linge cératé, et deux points de suture suffisent à le fixer.

Nous avons assisté à l'expérimentation de ces données par l'auteur lui-même, et nous en avons fait aussi l'essai sur plusieurs de nos opérés. Ses avantages nous paraissent incontestables sous bon nombre de rapports. Les résultats l'attestent, puisque vingt-deux opérations, pratiquées en 1848, 1849 et 1850, ont donné à M. Sédillot vingt réussites.

De nouveaux chiffres, obtenus sur d'autres théâtres, pourront seuls, en confirmant ces encourageants présages, consacrer définitivement la pratique préconisée par le savant chirurgien de Strasbourg. Aura-t-elle sur la mortalité affligeante des amputés toute l'influence qu'il s'en promet ? Il faudrait, pour répondre

affirmativement, pouvoir pressentir les effets de la méthode dans les grands établissements de Paris, où M. Malgaigne a patiemment colligé les matériaux de son douloureux nécrologe.

Certes, le mode de déligation doit avoir une influence marquée sur les complications si généralement funeste aux grandes opérations. Mais la question est des plus complexes ; indépendamment du milieu et des conditions générales dans lesquelles on exerce, il y a encore la gravité relative des mutilations en elles-mêmes, etc. Sur 13 amputations, 8 de bras, 2 d'avant-bras, 3 de jambe, pratiquées en Algérie, en 1840 et 1841, dans des circonstances difficiles d'encombrement et d'urgence, nous n'avons perdu que deux malades ; l'un succomba à une fièvre pernicieuse, l'autre à une gangrène du moignon, suite d'une méprise fatale dans le choix du topique destiné au pansement. Nous ne pûmes sauver un seul de nos 7 amputés de cuisse ; 4 périrent du tétanos, 3 de suppuration et d'épuisement. Quelques années avant nous, M. Pointis, à Bougie, plus heureux encore que M. Sédillot, à Strasbourg, guérissait les 20 blessés qn'il avait amputés, et sans doute pansés comme tout le monde pansait alors.

Je ne suis pas bien convaincu de l'innocuité réelle de la suppuration provoquée au centre de la plaie par l'interposition d'une pièce de linge. J'y ai vu quelquefois une cause de vive douleur. N'aurait-elle pas contribué aussi à certaines ostéites qui ont entraîné des éliminations laborieuses? S'il semble indifférent d'exposer des plaies au contact de l'air dans un hôpital bien situé et bien tenu, pourrait-on compter partout, en campagne, par exemple, sur la même immunité? Le transport d'opérés aussi légèrement pansés se ferait-il avec une sécurité égale pour les moignons?

Quoi qu'il en soit, les tentatives de M. Sédillot devront enhardir les praticiens dans la voie qu'il a heureusement ouverte et vers laquelle il a été rationnellement entraîné par les idées qui lui sont propres sur la *phlébite* et l'*infection purulente*. Elles achèveront de discréditer ces lourds appareils qui fatiguent et irritent les membres, par leur poids, par la chaleur qu'ils accumulent, par le pus qu'ils retiennent et dont ils hâtent la décomposition, toutes circonstances dont nous avons étudié plus haut les désastreux résultats sur la cicatrisation en général.

Conclusions.

I. — Les inconvénients des pansements rappprochés sont : de maintenir les parties affectées dans un état continuel d'irritation,

de déchirer la surface et les bords de la plaie, et de contrarier ainsi la formation de la cicatrice; ils épuisent les malades en activant la suppuration et en ébranlant le système nerveux. Leurs avantages répondent à une plus grande propreté des plaies, à la soustraction des sécrétions viciées ou en excès, à une certaine excitation des surfaces indolentes et à une surveillance plus directe des lésions douteuses ou compliquées de corps étrangers.

II. — Les inconvénients et les avantages des pansements rares se déduisent naturellement par les contraires des considérations précédentes.

III. — Les avantages et les inconvénients des uns et des autres n'ont rien d'absolu.

IV. — Quand une surabondance de pus fait craindre la résorption, ou quand la chaleur atmosphérique hâtant la décomposition, rend le maintien de l'appareil promptement désagréable par l'odeur qui s'en exhale, si la plaie enfin reste stationnaire, les pansements fréquents font cesser ces mauvaises influences et leur en substituent de salutaires.

V.—Les pansements rares conviennent aux plaies simples toutes les fois que l'on peut espérer la réunion immédiate aux plaies qui suppurent peu, à celles dont la consolidation demande surtout du repos et une légère compression, aux fractures, aux ulcères variqueux, aux hémorrhagies.

VI. — Les pansements fréquents sont indiqués : dans les solutions compliquées de corps étrangers non extraits ; dans les ulcères entretenus par un vice interne, tant que cette cause persiste ; dans les suppurations de mauvaise nature ; dans les fractures rebelles à la consolidation ; dans la gangrène humide, etc.

VII. — Les plaies d'armes à feu s'accommodent généralement bien des pansements éloignés.

VIII. — Après les amputations, les pansements, ramenés à une simplicité suffisante, doivent être le plus distancés possible.

IX. — Ne pas changer fréquemment les appareils, ce n'est point renoncer à les surveiller. L'exacte connaissance de ce qui se passe à leur surface, peut seul régler la cure rationnelle des plaies.

X. — Un pansement doit être renouvelé toutes les fois que la propreté l'exige.

XI. — Il suffit qu'un pansement soit inutile pour qu'on s'en abstienne ; on ne doit jamais panser *par complaisance.*

XII. — La douleur, la quantité et la qualité du pus, les chan-

gements survenus, l'intensité de leur influence, les complications internes ou locales guideront mieux le praticien, en face de la lésion, que des préceptes, impossibles d'ailleurs à formuler d'avance, pour toutes les éventualités.

XIII. — Dans l'appréciation de ce qui sied à chaque lésion en particulier, l'homme de l'art ne perdra jamais de vue que son rôle, *naturæ minister*, est de prêter secours à la nature toutes les fois qu'elle en manifeste le besoin, comme aussi de ne pas la déranger dans son travail par un zèle inconsidéré. *Prodesse et non nocere* (Hipp.) « Les principes généraux des pansements, « dit M. Gerdy, ont beaucoup d'analogie avec les principes « généraux des opérations ; et ce qui fait le bon chirurgien, dans « un cas, le fait aussi dans l'autre. »

OPHTHALMOLOGIE.

16. *Traitement des différentes espèces de blépharites* ; par le docteur TAVIGNOT, professeur d'ophthalmologie.

(Journal des Conn. médico-chirurg., août 1851.)

Sous le nom de blépharites, il faut entendre les différentes formes d'inflammation des paupières, ayant pour caractère commun leur peu de tendance à se propager aux tissus voisins. En général, la structure même des paupières se prête très bien à cet isolement de l'état phlegmasique, car l'affection des glandes de Meïbomius ou des follicules pileux, reste presque toujours limitée ; ce n'est guère que dans les cas d'inflammation franche et aiguë de la conjonctive palpébrale, que l'on voit la maladie s'étendre à la muqueuse oculaire, comme cela a lieu très souvent dans l'ophthalmie catarrhale intense, la conjonctivite purulente des nouveau-nés et l'ophthalmie granuleuse. Mais je ferai remarquer que la blépharite, en cessant d'être une affection isolée, distincte, n'a plus qu'un rôle secondaire, et, dans l'espèce, sa description rentre naturellement dans celle de la conjonctivite, considérée d'une manière générale.

Ainsi définie, la blépharite peut se présenter sous deux formes principales très différentes : l'état aigu et l'état chronique.

Blépharite aiguë.

C'est une affection assez légère, et toujours limitée à la membrane muqueuse palpébrale ; elle est caractérisée par la dilatation

des vaisseaux de la conjonctive; l'hyperhémie est beaucoup plus prononcée vers le bord libre de la paupière que du côté du sillon oculo-palpébral; quelques vaisseaux isolés viennent se terminer à cette limite, qui n'est pas franchie.

Dans la blépharite aiguë simple, il n'y a pas de sécrétion anormale des paupières, les voiles palpébraux n'ont pas de tendance à se coller entre eux pendant la nuit; les larmes, sécrétées comme à l'état normal, séjournent quelquefois un peu plus longtemps à la surface de l'œil, sans qu'il y ait pour cela un larmoiement véritable. D'ailleurs, le malade n'accuse qu'une sensation de picotement, de chaleur ou de cuisson vers les paupières, plus prononcé surtout pendant les mouvements nécessités par le clignement, dont la fréquence reste la même.

La blépharite aiguë reconnaît différentes causes : on sait qu'elle est un symptômes initial propre à la rougeole et à la scarlatine, qui ne doit pas fixer autrement l'attention ; en effet, l'hyperhémie des paupières disparaît presque toujours rapidement. J'ai vu cependant, comme exception à cette règle générale, des enfants pris d'ophthalmie purulente à la suite de la rougeole, et chez lesquels l'état congestif des paupières a été le premier degré d'une affection beaucoup plus grave. Dernièrement, j'ai donné mes soins à un jeune sujet affecté de conjonctivite purulente, chez lequel cette maladie avait précédé l'éruption rébéolique de trois ou quatre jours. au lieu de lui être consécutive.

Mais les causes les plus ordinaires de l'inflammation aiguë des paupières sont : l'action d'un courant d'air froid, le contact de gaz et de vapeurs irritants, de la fumée, somme cela est habituel en Chine et chez les paysans russes, dont les habitations sont dépouvues de cheminée. Notons encore l'existence d'un corps étranger dans l'œil, d'un cil renversé, les excès de boissons alcooliques, un travail assidu et prolongé des yeux à la lumière artificielle, etc.

La blépharite aiguë se rencontre également sous forme épidémique à des degrés différents d'acuité, depuis la simple injection palpébrale jusqu'à l'inflammation suppurative. Elle paraît se développer alors sous l'influence de conditions atmosphériques encore mal définies. L'affection se localise parfois dans un établissement public : un pensionnat, un collége, par exemple; d'autre fois elle se propage aux habitants d'une contreé tout entière.

Une épidémie semblable existait, il y a trois ans, dans le département de Seine-et-Marne, et un grand nombre de personnes étaient atteintes d'une blépharite très légère, qui ne nécessitait

même aucun traitement spécial. Mon ami, M. le docteur de Barbe, de Chaumes, avec lequel j'ai visité plusieurs de ces malades, m'a confirmé plus tard l'innocuité de cette épidémie.

Pour guérir la blépharite aiguë, il suffit ordinairement d'éloigner la cause qui l'a produite : mais pour activer la guérison, on fera toujours bien d'avoir recours à l'un ou à l'autre des moyens suivants qui nous ont toujours réussi, et qui se recommandent d'ailleurs par leur extrême simplicité.

Si l'hyperhémie palpébrale est peu prononcée, on peut se contenter de lotions sur les paupières, faites matin et soir avec de l'eau de puits aussi fraîche que possible. L'eau glacée agit à peu près de la même manière.

Lorsque la blépharite est plus intense ou plus rebelle, on se trouvera bien de prescrire au malade un léger purgatif, et l'emploi d'un collyre stimulant, qui devient alors en réalité contro-stimulant. Parmi ces différents collyres, j'emploie volontiers les suivants :

Pr.	Eau distillée d'arnica,	100 grammes.
	Alcool de romarin,	30 —
	Ammoniaque,	50 centigr.

On se sert de cette solution trois à quatre fois par jour, en instillations dans l'œil et en lotions sur les paupières :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Sulfate de zinc,	0,25 centigr.

Le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, la pierre divine, etc., employés à la même dose que le sulfate de zinc, agissent de la même façon.

Mais il faut reconnaître qu'en dehors de ces prescriptions médicales, il existe encore des moyens très simples et en quelque sorte empiriques, dont l'efficacité n'est pas douteuse ; comme ils ne coûtent à peu près rien, nous les avons employés assez souvent chez les malades pauvres, et le plus souvent avec succès.

On prend un verre d'eau fraîche dans lequel on ajoute une cuillerée à bouche d'eau-de-vie, et on bassine plusieurs fois par jour les paupières avec une éponge fine imbibée de ce liquide.

J'ai souvent employé moi-même le moyen suivant, qui n'en est pas moins très efficace pour être des plus simples : on met dans un verre d'eau une cuillerée à bouche de sel marin, et on se sert de cette solution pour lotionner les paupières. L'eau de mer a les mêmes propriétés, et les habitants des côtes peuvent l'utiliser dans le même but.

Enfin, je dois encore mentionner une solution mixte, qui tient des deux précédentes, et qui est, dit-on, employée empiriquement en Hollande : c'est un mélange de sel marin et d'eau-de-vie, étendus dans une assez grande quantité d'eau ordinaire.

Je viens de faire connaître les principaux moyens propres à la blépharite aiguë. Je les ai prescrits tous un assez grand nombre de fois, et, à dire vrai, il me serait assez difficile de faire un choix, si j'avais à opter parmi eux. Mais il faut remarquer que cette efficacité, en quelque sorte absolue, des différents collyres indiqués pour combattre la blépharite aiguë, tient autant à la tendance très grande de cette maladie vers la guérison, qu'aux propriétés thérapeutiques des médicaments mis en usage.

Blépharite chronique.

La plupart des causes qui donnent naissance à l'inflammation aiguë des paupières produisent également, lorsqu'elles agissent d'une manière continue, la blépharite chronique ; mais celle-ci se développe encore sous d'autres influences plus générales, comme nous le verrons plus loin. Elle peut se présenter sous des formes variées, à des degrés différents d'évolution, à l'état simple ou à l'état compliqué ; or, au point de vue thérapeutique, il faut tenir compte de ces circonstances, qui militent en faveur de tel mode de traitement plutôt que de tel autre.

La blépharite chronique est loin d'être, dans tous les cas, une maladie facile à guérir comme l'est la blépharite aiguë, les praticiens nous sauront gré, par conséquent, de leur donner ici le résultat de nos essais comparatifs qui, nulle part, n'ont été répétés sur une aussi large échelle.

J'ai déjà divisé la blépharite chronique en trois genres principaux (V. mon *Traité clinique des maladies des yeux*, p. 146) ; et je maintiens cette classification, qui me paraît établie sur l'observation scrupuleuse des faits. La voici :

1er Degré, *Blépharite avec injection* ; 2e degré, *Blépharite avec tuméfaction* ; 3e degré, *Blépharite avec ulcération.*

Rien n'exprime mieux, à mon avis, l'état matériel des paupières, que les dénominations employées plus haut. La méthode anatomique suivie par M. Velpeau, bien que très supérieure à la classification des anciens, nous a paru défectueuse sous beaucoup de rapports. Sous prétexte de précision, elle rapproche les unes des autres des affections en réalité bien différentes, par exemple, la blépharite muqueuse simple (1er degré) et la blépharite purulente des nouveau-nés. Cette précision elle-même

n'est qu'illusoire, car la blépharite ciliaire (3e degré) est loin de rester limitée à la base des cils, comme son nom semble l'indiquer ; l'ulcération atteint, au contraire, successivement, tout le bord libre de la paupière ; elle n'épargne ni l'orifice des glandes de Meïbomius, ni la muqueuse, pas même le cartilage tarse ; et relativement à son point de départ, rien ne prouve qu'il y ait un lieu d'élection, et surtout que ce lieu d'élection soit l'extrémité des follicules pilifères.

1er *Degré. Blépharite avec injection.*

L'hyperhémie de la muqueuse palpébrale, passée à l'état chronique, est une affection très fréquente, et qui, sous une uniformité apparente de nature, présente néanmoins des variétés assez tranchées pour justifier les distinctions suivantes, qu'il ne faut pas oublier à propos du traitement : A. *Blépharite simple*, B. *Blépharite ponctuée*, C. *Blépharite nerveuse*, D. *Blépharites sénile et varioleuse.*

A. *Blépharite simple.* — Les causes qui donnent naissance à la blépharite aiguë sont aussi celles qui produisent la blépharite chronique, lorsqu'elles continuent d'agir pendant un temps plus long. Tels sont les différents excitants extérieurs, les veilles prolongées à la lumière artificielle, les corps étranger, etc., et parmi ces derniers, qu'il me soit permis d'insister plus particulièrement sur les cils déviés en dedans, et qui sont une cause fréquente de blépharite, quand ils ne produisent pas de plus graves accidents.

On ne saurait trop fixer l'attention sur cette origine possible de la maladie, qui passe souvent inaperçue. Dernièrement encore, dans une consultation avec M. Récamier et le docteur Jules Massé, nous avons pu guérir, en quelque sorte instantanément, une dame affectée de hlépharite chronique depuis sept mois, en reconnaissant la cause première de son affection : un cil dévié, qui avait échappé au médecin ordinaire de la malade.

Mais la blépharite chronique survient encore sous l'influence d'un état général de l'économie. On l'observe assez souvent sur les jeunes sujets, faibles, débiles, lymphatiques ou scrofuleux, les jeunes personnes, à l'époque où s'établit la menstruation, surtout lorsqu'elles ont quelque tendance à la chlorose. Les femmes peu ou mal réglées, celles arrivées à l'âge critique, sont également prédisposées à cette affection des paupières. Dans ces différents cas, il faut joindre au traitement local l'emploi des moyens généraux propres à modifier l'état constitutionnel : tels

sont le houblon, les feuilles de noyer, le sous-carbonate de fer, l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, etc.

Quoi qu'il en soit, pour guérir la blépharite chronique simple, j'ai habituellement recours à une série de moyens que j'emploie successivement et par gradation, car il est rare de voir la maladie disparaître d'emblée sous l'influence d'un premier collyre ; il faut varier, non-seulement la force d'action de la solution astringente, en augmentant la dose de son principe actif, mais encore changer de temps en temps ce principe lui-même. Weller avait déjà fait cette remarque dont j'ai pu, dans ma pratique, apprécier toute la justesse.

Il y a d'ailleurs tel collyre dont l'action trop prolongée ne serait pas sans inconvénients : ainsi le collyre au nitrate d'argent, même à faible dose, lorsqu'il est continué plusieurs mois, finit par donner au globe oculaire une teinte *jaune olive* fort désagréable, et qui persiste indéfiniment. J'ai vu plusieurs malades qui m'ont offert cette particularité, sur laquelle je crois devoir fixer de nouveau l'attention des praticiens. Je prescris, par exemple, le collyre suivant :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes
	Nitrate d'argent,	25 centigr.

Trois instillations par jour entre les paupières.

Après huit à dix jours de l'emploi de ce moyen, je lui substitue celui-ci :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Sulfate de zinc ou de cuivre,	50 centigr.

Enfin, si après dix autres jours, la blépharite chronique ne me paraît pas encore suffisamment modifiée par ces deux premiers collyres, j'ai recours au troisième, que je vais indiquer :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes
	Sulfate de cadmium,	50 centigr.

J'ai retiré de très bons effets, également, dans la blépharite chronique, de lotions sur les paupières et d'instillations dans les yeux, du collyre au sel marin dont la formule est indiquée plus haut. J'ai aussi prescrit, assez souvent avec succès, l'un des collyres suivants :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Borax,	4 »
Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Sublimé corrosif,	10 centigr.

Ce dernier collyre m'a paru plus efficace chez les jeunes sujets que sur les adultes.

Dans certains cas, l'alun, l'iode rendu soluble par une addition d'iodure de potassium, la pierre divine, le tannin, ont une efficacité non douteuse qui n'est pas à dédaigner. Sans doute, il ne faut pas changer le collyre tous les jours, mais le praticien se trouvera bien, tous les huit ou dix jours, d'employer tantôt l'une, tantôt l'autre solution ; car la blépharite chronique est une affection qui persiste quelquefois pendant un temps assez long. Voici la formule des collyres précédents :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Alun,	2 »
Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Teinture d'iode,	4 »
	Iodure de potassium,	2 »
Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Pierre divine,	50 centigr.
Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Tannin,	2 »

Lorsque la blépharite chronique, suffisamment traitée par les moyens précédents, est arrivée à la période de résolution, et qu'il ne reste plus que quelques traces d'injection dans la muqueuse palpébrale, spécialement vers son bord libre, j'ai recours à un dernier collyre, propre à faire disparaître les dernières traces de la maladie, et à mettre ainsi le malade à l'abri d'une récidive. Le voici :

Pr.	Huile de noix,	30 grammes.
	Camphre,	4 »

Si j'ai affaire à un sujet lymphatique ou scrofuleux, je préfère encore le suivant,

Pr.	Huile de foie de morue,	30 grammes.
	Camphre,	4 »

Trois ou quatre gouttes de cette huile composée sont introduites, matin et soir seulement, entre les paupières.

Ces agents thérapeutiques, assez variés comme on le voit, et dont plusieurs ont été introduits par moi dans la pratique, suffisent ordinairement, lorsqu'ils sont maniés convenablement, pour guérir la blépharite chronique simple. Je n'ai pas eu besoin d'avoir recours, jusqu'à présent, aux attouchements des paupières avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent, mais cela devient quelquefois nécessaire dans les autres espèces de blépharites, comme nous le dirons plus loin.

B. *Blépharite ponctuée.*—J'ai donné ce nom à une forme particulière de la blépharite chronique, caractérisée par l'existence de petits corpuscules jaunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle, situés dans la conjonctive ou le tissu cellulaire sous-conjonctival, et ne faisant aucune saillie appréciable. Ces espèces de globules se montrent disséminés en plus ou moins grand nombre, depuis le bord libre de la paupière jusqu'au sillon oculo-palpébral. Leur apparition successive et graduelle est en rapport avec l'époque du début de la blépharite, mais j'ignore quelle est leur véritable origine ; peut-être ces corpuscules jaunâtres sont-ils le résultat d'une oblitération de l'orifice des follicules de la conjonctive ; toujours est-il qu'ils sont très distincts des granulations avec lesquelles ils n'ont, d'ailleurs, aucune sorte d'analogie.

L'expérience m'a démontré que le traitement applicable à la blépharite simple, restait inefficace dans la blépharite ponctuée ; les différents collyres indiqués plus haut ne sont plus ici que des moyens adjuvants ; c'est donc à ce titre seul qu'il convient de les prescrire.

Pour guérir définitivement l'inflammation chronique des paupières, il faut faire disparaître les corpuscules jaunâtres dont j'ai parlé, car leur présence est pour la conjonctive une cause incessante d'irritation. Le moyen le plus propre à atteindre ce but, est la cautérisation directe des petits points jaunes avec un crayon de nitrate d'argent taillé à cet effet. Le sulfate de cuivre m'a toujours paru insuffisant.

On ne doit pas cautériser les deux paupières le même jour ; il est même convenable de ne toucher, à chaque séance, que trois à quatre corpuscules ; on évite ainsi une réaction trop vive, que l'on doit toujours prévenir à l'aide de compresses d'eau fraîche ou d'eau glacée, tenues en permanence sur l'œil pendant les huit ou dix premières heures qui suivent chaque cautérisation. Selon l'état des paupières, on pratique une ou deux cautérisations par semaine.

C. *Blépharite nerveuse.*—Ici, l'injection de la conjonctive palpébrale est peu prononcée, et reste généralement limitée au pourtour du bord libre de la paupière ; elle a la forme d'une petite bandelette rougeâtre de 5 à 6 millimètres de largeur ; mais en même temps, il existe une sorte de *photophobie palpébrale*, que l'on reconnaît à la fréquence du clignement, qui est plus ou moins exagéré. A la suite d'une excitation générale ou locale, après une lecture prolongée, surtout à la lumière artificielle, sous l'influence d'une chaleur un peu concentrée, comme celle qui résulte d'une réunion nombreuse, etc., on voit le clignement des

paupières devenir de plus en plus fréquent et comme convulsif, au point de gêner sensiblement l'acte de la vision, en même temps qu'il donne à la physionomie un aspect des moins agréables.

La blépharite nerveuse ne se rencontre guère que chez les sujets d'un tempérament nerveux ; elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Voici le traitement que je prescris contre cette affection, sans gravité, il est vrai, mais qui ne laisse pas que d'inquiéter assez vivement les personnes qui en sont atteintes :

Repos absolu des yeux dans les premiers temps; plus tard, exercice de la vision à la lumière solaire et non artificielle, pendant une heure seulement ; après un certain temps, on permettra graduellement une lecture ou un travail plus prolongé.

Habiter une pièce modérément éclairée, mais non obscure, comme quelques personnes le conseillent à tort.

Pour sortir dans la journée, porter des lunettes bleues, teinte neutre.

Si l'injection palpébrale est assez vive, je prescris d'abord un collyre légèrement astringent, le suivant, par exemple :

Pr. Eau,	30	grammes.
Borax,	4	»

Plus tard, je cherche à triompher de la surexcitation nerveuse des paupières à l'aide d'un collyre spécial que je formule ainsi :

Pr. Huile d'amandes douces,	30	grammes.
Camphre,	4	»
Chloroforme,	2	»

Mêlez et bouchez à l'émeri.

On fait trois instillations par jour entre les paupières.

J'ai aussi employé assez souvent le liquide suivant :

Pr. Infusion de safran,	125	grammes.
Vin d'opium,	2	»

On se sert de ce collyre en instillations dans l'œil comme le précédent, et en lotions sur les paupières, soit à l'aide d'une éponge fine, soit au moyen d'une œillère.

J'ai encore obtenu une amélioration sensible de la blépharite nerveuse avec de simples lotions faites sur les paupières, la tête étant légèrement renversée afin de faciliter la pénétration de quelques gouttes de liquide dans l'œil, avec du laudanum de Sydenham, étendu dans une égale quantité d'eau d'abord, et plus tard employé sans mélange.

Voici un autre collyre dont l'action est semblable au précédent :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Conicine,	20 centigr.

On sait que la conicine est une base végétale extraite de la ciguë, *conium maculatum*.

Je n'ai pas encore employé le collyre à l'acide cyanhydrique vanté par quelques personnes ; qu'il me suffise de rappeler ici sa formule ordinaire.

Pr.	Eau de laurier cerise,	100 grammes.
	Acide cyanhydrique médicinal au 8e,	1 »

Enfin, j'ai également employé avec avantage en lotions sur les paupières, et mieux en bains locaux, au moyen d'une œillère, les eaux minérales sulfureuses de Challes et d'Enghien. Il me resterait encore à signaler un collyre dont l'emploi serait indiqué en premier lieu, s'il n'avait l'inconvénient de dilater la pupille et de produire ainsi le trouble momentané de la vision, je veux parler d'une solution assez étendue de belladone, la suivante par exemple :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Extrait aqueux de belladone,	2 »

La blépharite nerveuse est une affection plus ou moins rebelle, toujours difficile à guérir ; il faut souvent varier les moyens que l'on emploie, et c'est pour cela que j'ai cru devoir indiquer ici ceux qui m'ont inspiré, dans ma pratique, une plus grande confiance.

Mais il ne faut pas se borner seulement à un traitement local ; il importe de surveiller attentivement le régime du malade, qui devra éviter toutes les causes indiquées plus haut comme propres à produire la maladie où à l'aggraver lorsqu'elle existe déjà. Le vin pur, les liqueurs, le café à l'eau seront surtout proscrits sévèrement. Les toniques, les antispasmodiques, les modificateurs généraux, sont au contraire indiqués pour combattre cet état morbide des yeux qui tend à devenir en quelque sorte constitutionnel.

D. *Blépharites sénile et varioleuse.* — Je désigne par le mot de sénile une inflammation chronique des paupières assez fréquente chez les personnes âgées, et qui me paraît reconnaître pour cause l'état d'atonie des glandes de Meïbomius, qui ne sécrètent plus une quantité suffisante de matière onctueuse : il en résulte une

sorte de sécheresse anormale du bord libre des paupières, lequel ne tarde pas à s'enflammer au contact des larmes.

Les sujets qui ont eu la variole confluente, et chez lesquelles des pustules développées sur le bord libre palpébral ont amené l'oblitération, et par suite l'atrophie d'un certain nombre de glandes de Meïbomius et de follicules pilifères se trouvent dans le même cas que les vieillards, et sont comme eux, affectés d'une blépharite chronique plus ou moins prononcée ; c'est en raison même de cette analogie de développement que nous avons fait le rapprochement indiqué plus haut.

Comme il est impossible de remédier à l'état organique qui provoque le développement de la maladie, il ne faut pas espérer ici autre chose qu'une amélioration momentanée, ou la guérison des accidents intercurrents. Les collyres au borax et au sel marin sont ceux que je prescris le plus volontiers en pareil cas. Les cautérisations répétées de temps en temps avec un crayon de sulfate de cuivre, peuvent être utiles lorsque la muqueuse palpébrale hypertrophiée prend un aspect villeux et comme fongueux, et qu'il y a quelque tendance au renversement en dehors de la paupière, autrement dit à l'ectropion.

2e *Degré. Blépharite avec tuméfaction.*

La blépharite au 2e degré a pour siége spécial les glandes de Meïbomius et les follicules pileux : elle est caractérisée par une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse palpébrale, comme dans la blépharite au 1er degré, et de plus par une injection radiée plus profonde formée par des vaisseaux, parallèles entre eux, qui vont se terminer au bord libre palpébral ; là existe souvent une bandelette transversale d'un rouge vif. Les glandes de Meïbomius et les follicules pileux tuméfiés donnent à l'extrémité libre des paupières un volume plus considérable qu'à l'état normal, et c'est même ce caractère physique toujours appréciable que j'ai cherché à mettre en relief dans ma classification des blépharites. Quelquefois, les corps glanduleux font une saillie appréciable plus ou moins irrégulière.

Outre la tuméfaction, une sécrétion de nature visqueuse, jaunâtre, comme sébacée, demi-concrète, ayant l'aspect de la cire, est fournie par les glandes de Meïbomius, et se fixant sur le bord libre des paupières, colle entre eux les cils de la paupière supérieure et de l'inférieure, de sorte que le matin, à son réveil, le malade éprouve quelque difficulté à entr'ouvrir les paupières. Les cils, vers leur base, sont recouverts de petites écailles d'un gris

jaunâtre qui tombent par le frottement des doigts. Souvent les cils sont aussi plus ou moins déviés, et, en même temps, on remarque sur la peau correspondante aux bulbes pilifères une rougeur profonde, due à la dilatation des vaisseaux capillaires.

L'agglutination des cils a ordinairement pour résultat, lorsqu'on écarte violemment les paupières, de favoriser l'arrachement de plusieurs d'entre eux, de sorte qu'après un certain temps, les voiles palpébraux se trouvent plus ou moins dégarnis de cils. L'orifice des bulbes pilifères, devenu béant, se trouve en contact plus direct avec la matière sécrétée par les glandes de Meïbomius, et s'enflamme à son tour ; plus tard, l'inflammation ayant envahi l'intérieur du follicule pileux, il en résulte une altération de structure qui n'est plus désormais compatible avec la reproduction d'un cil nouveau, et les paupières restent pour toujours dépourvues de ces moyens de protection.

Pour prévenir, autant que possible, ce fâcheux accident, on aura soin de recommander au malade lui-même, si c'est un adulte, ou aux parents, s'il s'agit d'un enfant, de lotionner tous les matins les paupières collées, avec de l'eau de guimauve tiède, avant d'ouvrir les yeux, de manière à ce que la séparation des cils agglutinés entre eux s'opère sans violence.

Les collyres sont ordinairement insuffisants pour guérir la blépharite au 2e degré. Je les considère seulement comme des moyens adjuvants, et c'est à ce titre seul que je les prescris, d'après les formules déjà données. Les pommades que nous allons indiquer plus loin constituent, par conséquent, la base du traitement. On se sert de la pommade de la manière suivante : le malade placé devant une glace, pour mieux suivre ses mouvements, prend avec la pulpe de l'index une petite quantité de pommade égalant à peu près le volume d'un pois, et il l'étend, à l'aide d'une légère friction, sur la face externe du bord libre de l'une à l'autre paupière, vers la base des cils par conséquent. On aura soin que cette pommade soit également répartie, et qu'aucune parcelle ne pénètre dans l'œil.

Il est toujours préférable de faire cette friction le soir avant de se coucher ; en général une friction par jour est suffisante.

Ce traitement doit être continué pendant un temps assez long, et jusqu'à la guérison définitive de la maladie palpébrale. C'est assez dire que pendant ce laps de temps, qui est souvent de plusieurs mois, il y a indication de modifier la composition de la pommade, et de changer parfois sa nature. Nous avons toujours eu à nous louer de cette manière de faire qui est d'ailleurs très rationnelle, et que les empiriques seuls peuvent dédaigner.

A peine est-il nécessaire de rappeler que le traitement local ne doit en rien faire oublier les diverses médications générales appropriées à l'état de la constitution, toutes les fois que l'indication se présente.

Parmi les pommades qui ont joui d'une certaine faveur dans le public, et qui la méritent réellement lorsqu'elles sont employées avec discernement, on compte celles de Desault, de Lyon, de J. Janin, de Régent, de Dupuytren, etc. Voici leur formule :

Pommade de Desault.

Pr.	Oxyde rouge de mercure,	4 grammes.
	Tutie,	4 »
	Acétate de plomb,	4 »
	Alun calciné,	4 »
	Sublimé corrosif,	6 décigr.
	Pommade rosat,	30 grammes.

Pommade de Lyon.

Pr.	Axonge,	16 grammes.
	Oxyde rouge de mercure porphyrisé,	1 »

Pommade de J. Janin.

Pr.	Tutie,	72 parties.
	Bol d'Arménie,	72 »
	Calomel,	36 »
	Axonge.	144 »

Pommade de Régent.

Pr.	Oxyde rouge de mercure,	4 grammes.
	Acétate de plomb,	4 »
	Camphre,	3 décigr.
	Beurre frais,	68 grammes.

Pommade de Dupuytren.

Pr.	Oxyde rouge de mercure,	25 centigr.
	Sulfate de zinc,	5 décigr,
	Axonge,	30 grammes.

Il est aujourd'hui reconnu que ces différentes pommades ne perdent rien de leur efficacité, pour être simplifiées et réduites à leurs principes véritablement actifs, qui sont, en définitive, l'oxyde rouge de mercure, le calomel, le sublimé, le camphre. —

Nous employons assez volontiers les formules suivantes :

Pr.	Axonge,	30 grammes.
	Calomel,	4 »
	Camphre,	2 »
Pr.	Axonge,	30 grammes.
	Oxyde rouge de mercure,	4 »
	Camphre,	2 »

Ces deux formules peuvent, à la rigueur, remplacer les précédentes dans la très grande majorité des cas.

Voici la troisième que je prescris aussi lorsque les précédentes n'ont pas suffisamment agi :

Pr.	Axonge,	30 grammes.
	Iodure de potassium,	5 »
	Térébenthine de Venise,	2 »

Nous ferons remarquer que l'emploi d'une pommade dans la blépharite au 2e degré ne contre-indique nullement l'usage d'un collyre astringent, surtout dans les cas où la muqueuse palpébrale est hyperhémiée à un degré notable. Le malade instille le matin son collyre entre les paupières, et le soir il se sert de la pommade de la manière que nous avons indiquée.

3e *Degré. Blépharite avec ulcération.*

Lorsque la blépharite au 2e degré, c'est-à-dire avec tuméfaction ou engorgement glanduleux, est négligée, elle passe à l'ulcération. En effet, sous l'influence du contact irritant d'un produit de sécrétion anormale, que l'action de l'air rend peut-être plus irritant encore, les orifices des bulbes ciliaires et des glandes de Meïbomius s'ulcèrent, la muqueuse fine et déliée qui les sépare, participe au travail ulcérarif, le cartilage tarse se ramollit, se déforme, la peau voisine s'enflamme et s'excorie à son tour. Bientôt il ne reste plus de cils, et l'extrémité des paupières, dont les deux bords sont si bien tranchés à l'état normal, est remplacée par un bourrelet arrondi, d'un rouge vif, qui offre à la fois un reste de muqueuse intacte, quelques ulcérations et des traces de cicatrices déjà formées. C'est cet état des paupières que l'on désigne d'un manière assez pittoresque, dans le public, sous le nom d'*yeux d'anchois*.

Arrivée à ce degré avancé, la maladie ne reste pas toujours stationnaire : assez souvent la muqueuse palpébrale s'hypertrophie et présente un aspect fongueux ; la peau voisine du bord libre des paupières s'ulcère dans une plus grande étendue, et se recouvre de croûtes qui tombent pour se renouveler bientôt ; alors

il n'est pas rare de voir survenir un véritable ectropion ; puis le larmoiement devient plus abondant, la conjonctive oculaire s'injecte, la cornée finit souvent par participer à ces désordres : elle s'enflamme, s'opacifie, se vascularise, et la vision peut se trouver ainsi gravement compromise.

Il ne faut pas se le dissimuler, la blépharite, arrivée au degré que nous venons d'indiquer , ne saurait guérir sans laisser de traces indélébiles de son existence.

Les glandes de Meïbomius ulcérées, les bulbes pilifères désorganisés, la muqueuse palpébrale remplacée par un tissu inodulaire, le cartilage tarse ramolli et déformé, ne sauraient revenir complétement à l'état normal : il en résulte que les malades guéris d'une blépharite chronique avec ulcération, ont pour toujours les paupières plus ou moins rouges et déformées. Ces paupières, privées d'un certain nombre de cils et de glandes de Meïbomius , rappellent l'état des personnes atteintes de blépharite sénile ou varioleuse.

Lorsqu'il existe, au-dessus de l'ulcération, du mucus desséché sous forme de croûtes, il faut faire appliquer le soir un petit cataplasme émollient entre deux gazes pour les ramollir et les faire tomber ; des lotions d'eau de guimauve employées dans le même but sont également très utiles. Après ces préliminaires, on prend un crayon effilé de nitrate d'argent, et l'on cautérise le bord palpébral, en ayant soin de laisser intactes les parties non ulcérées. On cautérise également la muqueuse palpébrale, si elle est hypertrophiée et comme fongueuse ; mais alors ou aura soin de faire diriger l'œil en haut lorsqu'on agit sur la paupière inférieure, et en bas quand on opère sur la supérieure. Par ce moyen on évite toujours la cautérisation involontaire de la cornée.

Après chaque cautérisation, on baigne l'œil avec de l'eau très fraîche, que l'on a soin de faire pénétrer entre les paupières, et en maintenant , pendant 5 à 6 heures , des compresses d'eau fraîche souvent renouvelées sur les parties parties cautérisées. — Il est bon, lorsque la blépharite ulcéreuse est double, de cautériser alternativement de l'un et de l'autre côté , en laissant quatre à cinq jours d'intervalle entre chaque opération.

La cautérisation, telle que nous venons de la décrire, est, sans contredit, la partie fondamentale dans le traitement de la blépharite au 3e degré. Son action, néanmoins, a besoin d'être favorisée par d'autres agents thérapeutiques d'une efficacité non moins douteuse. Ainsi, lorsque la réaction qui suit l'action du caustique est apaisée, après vingt-quatre heures par exemple, on se trouvera très bien de prescrire au malade de l'eau de goudron

en lotions sur les paupières, et en instillations dans l'œil. Plus tard, on pourra substituer à ce collyre le suivant :

Pr.	Huile d'amandes douces,	30 grammes.
	Camphre,	4 »

A l'aide d'un petit pinceau d'amiante, on étend cette huile composée sur les parties ulcérées, une fois ou deux par jour.

Lorsque la maladie ne paraît pas faire de très grands progrès vers la guérison, j'ai, dans plusieurs cas, retiré de bons résultats de cet autre collyre dont voici la formule, et que j'emploie comme le précédent.

Pr.	Essence de térébenthine,	10 grammes.
	Huile de cade,	5 »

Enfin, un peu plus tard, on fera bien de substituer aux collyres précédents, ou au moins d'employer concurremment avec eux, l'une des pommades qu'il nous reste à indiquer.

Pr.	Axonge,	5 grammes.
	Nitrate d'argent,	15 centigram.

Cette pommade s'altère facilement au contact de l'air ; elle doit être préparée et renouvelée souvent.

Une pommade composée de tannin et de sulfate de quinine peut également être employée avec succès.

Pr.	Axonge,	15 grammes.
	Tannin,	2 »
	Sulfate de quinine,	1 »

Voici une autre pommade que j'ai eu l'idée d'expérimenter dans les blépharites ulcéreuses, et dont j'ai obtenu depuis six ans les meilleurs effets. C'est, je dois le dire, ma pommade de prédilection.

Pr.	Axonge,	30 grammes.
	Goudron,	4 »

Une seconde formule de cette pommade est la suivante :

Pr.	Axonge,	30 grammes.
	Goudron,	4 »
	Camphre,	2 »

Le soin avec lequel nous venons de passer en revue, d'après notre propre expérience, les moyens variés propres à guérir les différentes espèces de blépharites, montre assez que ces affections ne sont susceptibles d'être modifiées favorablement qu'après un temps ordinairement assez long, et sous l'influence de médi-

cations employées d'une manière successive et avec discernement. Ce n'est pas sans doute qu'il faille toujours et dans tous les cas soumettre les malades, tour à tour, à chacun des agents thérapeutiques que nous avons indiqués. En n'omettant, à dessein, aucun des modes de traitement dont nous avons pu maintes fois constater l'efficacité, nous avons voulu que l'homme de l'art ne restât jamais désarmé devant un cas jusque là rebelle.

VIII. Maladies des voies génito-urinaires.

17. *Pyélite suivie de tumeur rénale, pendant la grossesse ; — néphrotomie ; — établissement d'une fistule urinaire permanente ;* par M. le docteur Reimonenq.

(Journal de médecine de Bordeaux, août 1851.)

Pendant l'année 1846, j'ai été appelé à Langoiran (Gironde) pour donner des soins à une paysanne, nommée Bouchonne. Les médecins qui m'avaient précédé auprès d'elle, n'avaient pas porté de diagnostic précis. Cependant, l'un d'entre eux avait parlé de gressesse extra-utérine.

Voici, en quelques mots, les antécédents de la malade. Un an auparavant, jouissant jusque-là d'une parfaite santé, elle avait ressenti subitement une violente douleur dans la région rénale gauche. Cette douleur, acompagnée de fièvre, dura quarante-huit heures, et fut suivie d'une abondante émission d'urines troubles. La santé parut revenir ; mais bientôt, à de fréquents intervalles, les mêmes accidents se renouvelèrent et furent suivis de l'émission de sable et de graviers rougeâtres, remarqués par la malade. (Tous les antécédents se trouvent peu précis, car les soins médicaux n'avaient été réclamés que récemment.) Depuis cinq mois, les règles n'avaient plus reparu, à la suite d'une crise plus violente et qui n'avait pas présenté de rémission comme les précédentes. La malade, vouée à des douleurs incessantes, n'avait plus remarqué d'altération dans les urines depuis le début de la maladie actuelle.

Au moment de ma visite, je constatai les phénomènes suivants ; fièvre ardente, pouls petit, très précipité ; sueur presque continuelle, vomissements fréquents, ne datant que de quelques jours : amaigrissement considérable. agitation et insomnie, gé-

missements, teinte livide de la face, œil hagard, lèvres et dents fuligineuses.

L'examen physique amena le résultat suivant :

Thorax. — Les mamelles, développées, contrastent par leur volume et leur fermeté avec la maigreur générale. A l'auscultation, les poumons paraissent sains; le poumon gauche offre seulement une diminution marquée du murmure respiratoire dans sa moitié inférieure ; la matité existe dans la même région, depuis l'angle inférieur de l'omoplate gauche; le cœur paraît refoulé à droite, et sa pointe frappe derrière le sternum. On ne peut constater aucun autre phénomène stéthoscopique.

Abdomen. — L'aspect extérieur de l'abdomen paraît bizarre ; la cavité péritonéale semble occupée par deux énormes tumeurs, séparées, sur la ligne médiane, par un sillon perpendiculaire très sensible en haut et se perdant au-dessous de l'ombilic, en se dirigeant en bas et à gauche vers le milieu du pli de l'aine.

Le diamètre tranversal du ventre est considérablement augmenté, surtout à droite ; la palpation sert à limiter, de ce côté, une masse solide, arrondie, n'atteignant pas les fausses côtes, et faisant une forte saillie au-dessus de la crête iliaque ; la tumeur de gauche, au contraire, ovalaire, moins saillante latéralement, semble partir de la fosse iliaque gauche pour aller se perdre au-dessous des dernières côtes.

La percussion donne, dans toute l'étendue de l'abdomen, en arrière et en avant, un son mat, excepté dans l'intervalle qui existe entre la tumenr du côté droit et le foie ; cette sonorité occupe une zône de 4 à 5 centimètres, s'étendant de l'hypocondre droit à la région épigastrique. Partout ailleurs, matité absolue.

L'auscultation fait entendre dans la fosse iliaque droite un bruit de souffle intermittent, parfaitement distinct. (Il me sembla entendre un double bruit précipité, mais très faible et sans permanence.) Il existe presque partout une apparence de fluctuation ; mais en arrière et à gauche cette sensation cesse d'être obscure, surtout en faisant agir brusquement, par percussion, la main qui déplace le flot de liquide.

Le toucher vaginal fait constater une élévation considérable de l'utérus. Le col est dévié à gauche ; son segment inférieur est à moitié ramolli et laisse pénétrer facilement l'extrémité du doigt dans sa cavité. Le cul-de-sac vaginal n'est accessible qu'en avant et à droite, et, dans cette région, on perçoit un mouvement de ballottement très marqué.

Les signes de la grossesse étaient trop évidents pour laisser douter longtemps de son existence. La malade, déjà mère de

plusieurs enfants, affirmait avoir *vu et senti* (ce sont ses propres expressions) les mouvements actifs du fœtus.

Quelle était la nature de l'énorme tumeur dont le développement semblait avoir accompagné celui de l'utérus? Après une longue hésitation, bien naturelle en pareil cas, j'arrivai, par voie d'exclusion, à porter le diagnostic suivant : grossesse utérine arrivée à son 6e ou 7e mois ; pyélite calculeuse, suivie de l'arrêt de l'excrétion urinaire du côté gauche.

L'existence de coliques néphrétiques avant le développement de la tumeur ; la coïncidence de ce même développement avec une crise sans rémission marquée, et sans l'émission, habituelle à cette période, d'urine purulente, de graviers, etc., etc. ; la position de la tumeur, sa nature liquide, furent les principales circonstances sur lesquelles je basai mon jugement.

Quelque fût l'état de la malade, peut-être même à cause de sa situation, je conseillai l'ouverture de la tumeur. J'obtins l'assentiment de M. La Seyne, de Langoiran, seul médecin qui m'ait assisté dans cette circonstance, et qui partagea mes opinions sur la nature de la maladie et sur l'urgence de cette tentative presque désespérée.

Je fis immédiatement une application de potasse caustique dans la région lombaire, à 8 centim. de la colonne vertébrale, un peu au-dessous du niveau de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre de cette région. Deux jours après, la gravité des accidents ne me permit plus d'attendre la chûte successive des escarres que j'avais l'intention de produire. Je plongeai au centre de la plaie un trocart explorateur extrêmement fin. Une gouttelette de pus s'étant montrée à l'extrémité de la canule, j'enfonçai dans le même lieu un bistouri à lame étroite ; un flot de pus séreux, mal lié, s'échappa immédiatement par l'ouverture. Au bout de dix minutes, il me sembla que l'écoulement devenait plus difficile, et que le retrait de la tumeur ne paraissait pas proportionnel à la quantité de liquide qui s'était écoulé (quantité que je puis porter, sans exagération, à un litre). Quelques bulles d'air semblaient même être aspirées, lorsque la pression des mains cessait d'aider l'écoulement du pus. Après avoir introduit une mèche dans la plaie, je fis un pansement simple. Le soulagement fut presque instantané, la nuit s'accompagna d'un sommeil réparateur, et le lendemain je constatai une diminution notable dans la saillie de la tumeur. Pendant huit jours successifs, je vis s'écouler une telle quantité de liquide, que je n'ose l'indiquer, même approximativement, en l'absence de mesures exactes.

A cette époque, le ventre avait repris une forme plus régu-

lière ; l'utérus, plus facilement accessible par le toucher, occupait la partie médiane de l'abdomen ; la fièvre, la sueur, et tous les phénomènes graves, avaient déjà cédé. Enfin, pour abréger des détails, peut-être déjà un peu longs, il s'est établi dans la région lombaire gauche une fistule urinaire, donnant passage, matin et soir à une petite quantité d'urine limpide ne dépassant pas 15 à 20 grammes par vingt-quatre heures.

Je laissai la malade en bonne voie de guérison ; j'insistai sur le danger de l'occlusion de la fistule. Sous l'influence des conseils d'un médecin étranger à sa localité, elle négligea, peu de temps après, d'introduire la mèche qui maintenait ouvert le trajet fistuleux. Les accidents recommencèrent aussitôt, mais avec moins de gravité que la première fois ; je fus obligé d'ouvrir une nouvelle issue, qui, depuis ce jour, a été entretenue avec soin.

L'accouchement eut lieu sans accident quatre mois après. L'enfant, fort et bien constitué, a survécu six mois. La malade, depuis longtemps, a pu reprendre ses occupations. Soumise, par précaution, à l'influence des alcalins, elle n'a plus eu de colique néphrétique, et n'a jamais rendu de graviers depuis sa convalescence.

---

18. *Recherches sur le trichiasis des voies urinaires et sur la pili-miction ;* par P. Rayer.

Suite : *voir* t. VIII, août 1851, p. 144.

(Gazette médicale de Paris, N° 32 ; 1851.)

§ III. — *Poils trouvés dans la vessie ou rendus avec l'urine, provenant de tumeurs contenant des poils, ouvertes dans la cavité de cet organe.*

On a plusieurs fois trouvé des poils libres ou attachés à des portion de peau, dans la cavité de la vessie, chez des femmes qui, pendant la vie, avaient présenté une tumeur plus ou moins considérable dans le voisinage d'un des ovaires. Lorsque la maladie s'est terminée par la mort et que l'autopsie du cadavre a été faite avec soin, on a pu constater qu'un kyste contenant des poils, s'était ouvert dans la vessie, avec les parois de laquelle il avait contracté d'intimes adhérences. On comprend de suite que la *pili-miction* que plusieurs de ces malades ont présentée pendant la vie est tout à fait distincte par son origine, par ses symptômes et par les lésions qui l'accompagnent, de la production des poils

dans les voies urinaires, du véritable *trichiasis*. Lorqu'on aura rassemblé un assez grand nombre de cas bien authentiques, de cette dernière affection pour pouvoir en faire une description générale, satisfaisante, on devra se borner à mentionner, en traitant du diagnostic, la pili-miction consécutive à l'ouverture de kystes pileux dans la vessie. Aujourd'hui l'histoire des diverses espèces de pili-miction est si peu avancée que j'ai cru utile de mettre les faits suivants sous les yeux du lecteur.

Accouchement à terme d'un enfant mort; vingt-deux jours après, fièvre puerpérale terminée par la mort; près de l'ovaire droit, tumeur du volume d'un œuf de poule, adhérant à la vessie qui contenait, dans sa cavité, des poils, de la matière grasse et une matière osseuse.

Obs. II. — Le docteur Amos Hamelin (de Durham), dans le comté de Grune, État de New-York, a communiqué au professeur et sénateur Mitchill une observation sur des cheveux croissant dans l'intérieur de la vessie, dont voici l'extrait :

Une femme âgée de 24 ans, accoucha à terme d'un enfant mort, et fut atteinte , six jours après, d'une fièvre puerpérale maligne à laquelle elle succomba au bout de vingt-deux jours.

A l'ouverture du cadavre, faite en présence de beaucoup de personnes, le docteur Hamelin trouva la vessie très distendue et environ la moitié dans un état de mortification. Il y avait, près de l'ovaire droit, une tumeur à peu près du volume d'un œuf de poule. L'intérieur de la vessie renfermait une matière épaisse et fétide, *mêlée de cheveux*. L'ayant nettoyée, il découvrit que la tumeur s'étendait dans la cavité de la vessie et que les cheveux naissaient de la membrane interne qui couvrait cette tumeur. Les cheveux, réunis en une masse ovale, s'étaient accommodés à la forme de la vessie ; cette masse, avec la matière qui y adhérait, avait 5 pouces de longueur et 3 de largeur. Lorsque les cheveux furent lavés, nettoyés et séchés, ils pesaient deux gros. En incisant la tumeur du côté intérieur, on y trouva une substance osseuse et une autre en très petite quantité qui ressemblait à celle du cerveau. Les intestins étaient distendus par beaucoup d'air ; la partie de l'utérus en contact avec la vessie paraissait être légèrement enflammée ; les uretères étaient un peu distendus. Les reins et tous les autres viscères furent trouvés dans l'état naturel. La longueur des cheveux était généralement de 4 à 12 pouces; on en a mesuré un de 18 pouces. La mère de cette femme apprit au médecin que sa fille avait été incommodée

d'une strangurie pendant quelque temps, trois ou quatre ans auparavant ; qu'elle en avait été reprise quelquefois pendant sa grossesse, et qu'elle n'avait pas eu d'autre enfant Le médecin a envoyé au professeur Mitchill la *portion de la vessie et la tumeur adhérente* d'où naissent les cheveux et les cheveux qu'il avait coupés en présence de témoins.

Grossesse ; poils rendus avec l'urine ; accouchement naturel ; incision de l'urètre ; extraction d'un calcul de la vessie et de plusieurs mèches de poils ; deux mois après, douleurs suivies d'une nouvelle émission de poils avec l'urine ; extraction d'un morceau de peau garni de cheveux, d'un petit os, d'une dent molaire ; guérison.

Obs. III. — Une femme, âgée de 24 ans, enceinte pour la deuxième fois, est tout à coup prise de douleurs vives dans la région de la vessie ; elle éprouve de fréquentes envies d'uriner et rend *avec les urines des poils dont plusieurs sont chargés de concrétions salines.* Elle accouche heureusement ; mais les urines sont toujours les mêmes. Déjà son mari avait plusieurs fois essayé, avec un crochet introduit dans l'urètre, d'extraire de ces poils et il y avait réussi. Il répéta la même manœuvre en présence de M. Delpech avec un même succès. Alors celui-ci, soupçonnant la présence d'un calcule dans la vessie, fendit la partie supérieure du canal de l'urètre et retira en effet un petit calcul avec plusieurs mèches de poils. Des injections poussées dans la vessie en font sortir encore. Enfin le doigt porté dans sa cavité en reconnaît d'autres qu'on extrait avec une pince à pansement. Dès lors la malade va de mieux en mieux, et on la croyait guérie d'un kyste sous-muqueux, développé dans la vessie, lorsque deux mois après elle ressent de nouvelles douleurs et rend encore des poils. On explore de nouveau la vessie et on en retire un corps gros comme un œuf de poule, présentant à l'une de ses extrémités un morceau de peau à laquelle étaient implantés des cheveux et renfermant un os assez semblable à l'apophyse zygomatique. Cet os présentait une alvéole dans laquelle était logée une petite dent molaire, comparable pour la grosseur à celle d'un enfant de 5 à 6 ans. Ainsi on acquit la preuve qu'il ne s'agissait pas réellement d'une *pili-miction*, maladie niée par beaucoup d'auteurs, mais bien d'un germe imparfaitement développé.

Femme âgée de trente ans et ayant éprouvé dès sa jeunesse de la dysurie ; à vingt-huit ans, inflammation de vessie, traitée par les antiphlogistiques ; tumeur s'étendant de la face inférieure du foie vers l'ombilic ; symptômes de péritonite ; mort. — Tumeur enkystée développée dans l'ovaire droit, contenant une matière crémeuse et une touffe de cheveux ; vessie distendue et contenant une dent incisive, implantée dans une portion d'os ressemblant à une portion d'alvéole ; trois ouvertures établissant une communication entre la cavité de la tumeur et celle de la vessie.

Obs. IV.—La malade, dont je rapporte l'histoire à la Société, était une femme, âgée de 30 ans, d'une santé florissante et bien conformée.

Dès sa jeunesse, elle avait éprouvé à diverses époques de la difficulté à uriner, et on avait employé dans ces occasions différents remèdes pour la soulager. Mais comme les attaques étaient légères et passagères et que la santé générale n'était pas altérée, elles n'effrayaient pas la malade, et ses amis n'avaient pas d'appréhension pour leurs suites.

Il y a environ deux ans, elle éprouva des symptômes évidents d'inflammation de la vessie, pour lesquels elle fut soignée par le docteur Pitman d'Andover. On eut recours aux saignées générales et locales, qu'on employa largement. Les bains chauds et un régime antiphlogistique persévérant diminuèrent le mal, et au bout de deux mois elle put reprendre ses occupations de maîtresse d'école.

Malgré le soulagement qu'elle éprouva de ce traitement, elle fut frappée de l'idée « qu'elle avait la gravelle ou quelque chose dans la vessie; » mais il lui fut impossible de s'expliquer avec son médecin ; elle n'exprimait ses craintes sur la nature de son affection qu'aux personnes de son sexe.

De grandes douleurs et une tuméfaction considérable se firent sentir à l'hypogastre ; la difficulté d'uriner était augmentée. La malade se décida à aller à la ville, où elle consulta deux médecins renommés qui s'accordèrent à lui prescrire des doses altérantes de mercure, combinées avec l'extrait de ciguë et des subtances oléagineuses. Elle persévéra dans l'emploi de ces remèdes pendant un temps considérable, sans en éprouver de mieux soutenu, lorsqu'au mois d'août dernier, elle éprouva de nouveaux symptômes de la nature la plus fâcheuse.

Ce fut à cette période de la maladie que mes conseils furent réclamés, le 20 septembre dernier. J'appris que le siége de la douleur avait passé depuis quelques semaines de la vessie au côté

gauche de l'abdomen, que la malade accusait une enflure considérable dans cette partie du corps, que les fonctions de la vessie étaient normales et que l'urine sécrétée n'indiquait pas d'affection de cet organe. Les menstrues étaient régulières pour la quantité et la qualité ; le teint était coloré, le pouls fréquent, mais faible. La malade avait fréquemment des frissons, qui étaient suivis d'une abondante transpiration ; les douleurs étaient vives et de longue durée, et elles s'étendaient de l'enflure du côté gauche au travers du dos et parfois dans l'intérieur des deux cuisses. Je vis cette femme plusieurs fois avant de pouvoir obtenir que M. Pitman ou moi-même examinassions l'enflure dont elle se plaignait. Lorsque cela nous fut accordé, nous découvrîmes une large tumeur indurée, de forme oblongue, s'étendant du foie à l'ombilic.

Dans ces circonstances, je fus conduit à penser que la tumeur était formée par l'ovaire malade, et M. Pitman partagea cette opinion.

Il est utile de remarquer ici que, bien qu'il y eût eu beaucoup de désordre à la vessie, comme on le vit à l'autopsie, et probablement depuis quelques années, cependant tous les symptômes de l'affection de cet organe s'étaient suspendus lorsque l'inflammation se porta à l'ovaire, état qui continua jusqu'à la mort de la malade.

Comme il était évident, d'après l'état de cette femme et le récit de ses souffrances longtemps cachées, que le mal approchait de sa terminaison fatale, il me paraît superflu de rapporter les remèdes qu'on employa sans autre espérance que celle de prolonger la vie de quelques jours.

Les symptômes restèrent les mêmes jusqu'à la dernière semaine ; alors le ventre devint uniformément enflé et tendu ; la respiration était interrompue et un sentiment constant de suffocation conduisit cette malheureuse femme à prier avec ferveur pour la fin de tant de misères accumulées. Cet événement désiré eut lieu le 10 novembre.

Le corps fut ouvert, quatorze heures après la mort, par M. Pitman junior, jeune chirurgien de grande espérance. Voici le résultat de son examen :

En ouvrant la cavité de l'abdomen, il s'en échappa deux gallons d'eau mélangée de sang. Le côté gauche de la région ombilicale offrait une tumeur ovarique, plus volumineuse qu'un cœur d'homme, laquelle contenait une substance semi-fluide, semblable à de la crème. Au milieu de cette substance crémeuse existait une touffe de cheveux, du volume d'un œuf de poule. La surface de

la tumeur était entièrement couverte par des hydatides transparentes réunies en grappe. Le ligament large de l'utérus, du côté gauche, était couvert de petites tumeurs blanches du volume d'un pois ordinaire. L'utérus lui-même n'était pas malade. La vessie était très distendue ou plutôt tamponnée avec une substance semblable à celle que contenait la tumeur ovarique. On *y découvrit aussi une large touffe de cheveux*. Les membranes de la vessie étaient très indurées, surtout la membrane interne. L'urètre ne paraissait pas avoir de communication directe avec la vessie, à la partie inférieure et postérieure de laquelle il y avait un petit kyste rempli de la même substance crémeuse déjà décrite, et une quantité de cheveux. Et, ce qui mérite une mention particulière, il y avait une dent incisive parfaitement formée, pourvue d'émail et ayant ses racines fermement attachées dans la membrane du kyste. Ce kyste ou cette cavité communiquait avec la vessie par trois petites ouvertures, et avec l'urètre à sa partie antérieure.

Pesanteur dans le bas-ventre; dysurie; abondante évacuation de pus après un cathétérisme; soulagement; retour et persistance de la fièvre; urines purulentes; vomissements; diarrhée; mort, Portion d'os et peloton de poils trouvés dans la vessie.

Obs. V. — Une dame de 58 ans, d'un bon tempérament, se plaignait, depuis près de sept ans, d'une pesanteur considérable au bas-ventre, particulièrement quand elle marchait. De temps à autre, elle avait des envies d'uriner fort vives. Les urines, en passant, lui causaient des cuissons insupportables. Elle consulta, dans le temps, M. Luro, chirurgien, qui, sur le rapport que lui fit la malade, jugea qu'elle avait un abcès à la vessie. Il lui fit sentir de quelle conséquence cela était, voulut lui donner quelques avis, mais elle le reçut assez mal, et se refusa entièrement aux remèdes qu'on lui proposa. Les douleurs ne lui donnaient que peu de relâche; elles se renouvelaient presque toutes les trois semaines. Les urines, pour lors, venaient goutte à goutte d'abord; quelques instants après, la malade les rendait par flots; cela ne l'affecta pas davantage; ce ne fut que sur les deux derniers mois qu'elle s'occupa plus sérieusement de son état et se détermina à se faire visiter.

Une dame de ses amies l'engagea à voir M. Gille, premier gagnant maîtrise en chirurgie de l'Hôtel-Dieu, qui, le 3e jour de février dernier, sur l'exposé de la malade elle-même, soupçonnant, comme il était vraisemblable de le penser, la présence de quelques pierres dans la vessie, la sonda avec toute la dextérité

qu'on lui connait généralement pour les opérations. Il sentit, dans le fond de la vessie, un corps qui lui opposa quelque résistance d'abord, mais qu'il surmonta bientôt après et fut fort étonné de percer un abcès qui rendit, pour la première fois, près de trois demi-setiers de pus. La malade se sentit soulagée à l'instant. Le lendemain même elle se leva, ne s'occupant plus que de ses affaires domestiques. Son chirurgien lui conseilla cependant de se tenir couchée. Quelques jours après l'ouverture de l'abcès, le pus sortit par grumaux, les urines se troublèrent et parurent noirâtres; elles s'éclaircirent par la suite et le pus devint plus fluide. La quantité de pus que la malade rendait tous les jours, tant dans les urines que dans les injections qu'on lui faisait deux ou trois fois dans la journée, se montait à près de 2 onces. Je fus appelé vers le huitième jour de la maladie; je trouvai la malade avec une fièvre assez considérable; les sueurs étaient abondantes et d'une odeur fétide; elle se plaignait d'avoir la bouche mauvaise, et tout ce qu'elle prenait lui semblait avoir l'odeur du pus. Dans cet état je jugeai à propos de lui donner un purgatif dont j'eus tout le succès que je pouvais attendre; la fièvre fut quelques jours sans paraître aussi vive, et la malade se sentit assez bien; mais cela ne dura pas longtemps, la fièvre reprit avec la même force, la bouche devint plus mauvaise, la langue se chargea davantage, ce qui me détermina à lui répéter la purgation, et depuis je n'ai jamais perdu de vue les purgatifs, que je répétai toutes les fois que le besoin me parut l'exiger. Malgré cependant tous mes soins, je n'ai pas été assez heureux pour faire cesser entièrement la fièvre. La malade, quelques jours avant la mort, eut un dévoiement considérable; les faiblesses s'emparèrent d'elle; des vomissements fréquents survinrent. Je lui fis faire usage de quelques cordiaux dans la journée, qui n'eurent pas tout le succès que je m'en étais promis. Les nuits devinrent orageuses. Elle avait à peine, dans les vingt-quatre heures, une heure de sommeil. Les douleurs à la vessie se renouvelèrent; j'eus recours à de légers narcotiques qui me produisirent tout l'effet que je pouvais espérer. Je me tins cependant en garde contre eux; mais pour peu que je la perdisse de vue, la malade se trouvait plus mal. Je fus quelque temps sans porter un pronostic assuré; je fis cependant connaître à la famille l'état où était la malade. On prit toutes les précautions requises. Elle mourut le 22 avril, vers les huit heures du soir.

Une maladie de cette conséquence me détermina à faire l'ouverture du corps. M. Gille en fut chargé; nous examinâmes, avec la dernière attention, l'état du bas-ventre. Nous trouvâmes

une adhérence considérable du péritoine avec les intestins, qui déjà commençaient à se gangrener. La vessie était pour nous quelque chose de fort essentiel ; nous la trouvâmes adhérente à la matrice ; elle nous parut de couleur vert foncé ; nous la détachâmes et nous ne mîmes pas moins d'attention à l'examiner intérieurement. Nous fûmes fort étonnés d'y trouver plusieurs petites portions d'os, dont le plus gros, d'un côté, était creux lisse et poli ; ce qui ne nous étonna pas moins, ce fut un *petit peloton de poils entrelacés les uns dans les autres*, formant un cercle assez épais et de la largeur d'une pièce de 24 sols, qui était renfermé dans la portion d'un kyste dont nous vîmes encore des vestiges assez distincts. La vessie était remplie d'une matière purulente qui nous a paru être la même que celle que la malade a toujours rendue, tant dans les urines que dans les injections.

Étonnés de voir quelque chose d'aussi singulier dans l'intérieur de la vessie, nous examinâmes, avec le même scrupule, la matrice du côté droit. Nous trouvâmes une tumeur squirrheuse que nous eûmes beaucoup de peine à ouvrir, même avec le scalpel, et dont l'intérieur nous parut être presque ossifié.

Du reste, la vessie était dans son état naturel. Les reins nous ont paru affectés ; le foie s'est trouvé engorgé considérablement.

Je viens d'exposer les faits tels que je les ai vus. Dans un cas aussi particulier que celui-ci, je ne hasarderai aucun raisonnement. Je laisse à des gens de l'art, plus éclairés que moi, à communiquer leurs idées ; je me contente d'avoir vu et d'avoir observé.

Femme de 33 ans ; trois grossesses ; tumeur du volume d'un œuf dans la région iliaque gauche ; abcès à l'hypogastre suivi d'une fistule d'où sortaient du pus, des poils et de l'urine ; émission des poils avec l'urine ; calcul ayant des poils pour noyau ; extraction d'une tumeur pileuse et d'un calcul ; guérison.

Obs. VI. — Une paysanne, âgée de 33 ans, réglée à 17 ans et mariée à 20, traversa, sans inconvénients notables, trois grossesses, suivies chacune d'un accouchement heureux. Rien, dans les antécédants de la malade ne peut faire supposer qu'il se fût établi chez elle le moindre trouble fonctionnel, le moindre état pathologique du côté des organes génito-urinaires. Quelques jours après sa troisième couche, elle ressentit, dans la région iliaque gauche, une douleur vive, de la chaleur, du gonflement, et bientôt après une apparence de tumeur mobile, du volume d'un œuf. Ces premiers accidents ayant promptement perdu de leur in-

tensité permirent à la malade de les négliger, de retourner à ses occupations habituelles ; au bout de deux mois, la tumeur, qui, loin de s'effacer, avait plutôt augmenté et acquis le volume du poing, fit naître de nouveaux accidents inflammatoires. On appliqua des sangsues, divers topiques ; on vit tout à coup les urines devenir troubles, comme graisseuses, en même temps que les douleurs hypogastriques s'amoindrissaient notablement. La santé générale se rétablit ensuite en grande partie, et plusieurs années se passèrent ainsi sans que la femme songeât à consulter pour sa tumeur du bas-ventre, qu'elle savait bien n'être point disparue.

Cette tumeur fit enfin naître un nouvel accès d'inflammation et s'ouvrit à travers les parois abdominales, sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic. Du pus sanieux, jaunâtre, fétide, qui s'était d'abord échappé par là, fut bientôt remplacé dans la fistule par une mèche de cheveux, puis par un liquide urineux. Des poils, des fragments d'os et de la matière purulente avaient aussi été expulsés par l'urètre. Muni de tous ces renseignements, et ayant constaté l'existence d'un corps étranger volumineux dans la vessie, d'un paquet de cheveux dans la fistule, d'une tumeur qui occupait une partie de l'hypogastre et de la région iliaque gauche, M. H. Larrey, cédant aux instances de la malade, pratiqua l'opération suivante. Une incision qui agrandit par en bas la fistule, dans l'étendue de 3 centimètres, lui permit de suivre la mèche de poils à une profondeur considérable et d'arriver à une *tumeur* dure, pédiculée, mobile, qu'il détacha au moyen du bistouri boutonné pendant que des aides déprimaient, écartaient, refoulaient en arrière l'aorte, la veine cave, les gros vaisseaux de l'abdomen. Ayant élargi l'ouverture du kyste où il était entré, et prolongé son incision, par en bas, jusqu'au voisinage du pubis, M. Larrey découvrit une fistule vésico-abdominale qu'il agrandit, comme il l'avait fait pour la fistule de l'ombilic, et mit ainsi à nu un gros calcul qu'il saisit aussitôt dans la vessie et qu'il retira dès lors sans difficulté.

La tumeur enlevée du kyste a le volume d'une noix ; elle est inégale à sa superficie, résistante sous le doigt, offrant à la coupe un aspect blanchâtre strié, sans contenir dans son intérieur et sans laisser suinter aucun liquide ; elle paraît, en un mot, d'une nature tout à fait fibreuse, et donne naissance par toute sa surface libre à la mèche de poils ou de cheveux qui ressortait au dehors de la fistule abdominale.

Cette singulière tumeur, ainsi détachée, ressemble absolument à une portion de cuir chevelu ratatiné ; elle pèse, avec les poils

qui la surmontent, environ 20 grammes. Ces poils, dont les plus longs ont de 12 à 13 centim., sont, dans plusieurs points, assez doux au toucher et rudes dans d'autres, ce qui tient à la présence d'une certaine quantité de dépôt calcaire dont ils sont imprégnés. Quant au calcul, il pèse 30 grammes et a le volume d'une petite poire aplatie, la forme d'un cœur de carte à jouer ; la couleur est d'un blanc jaunâtre et sa surface peu inégale. *Par sa base, qui était tournée du côté du kyste, sortent des poils en assez grand nombre, chargés aussi de matières calcaires* et tordus sur eux-mêmes comme une corde. Ce pédicule pileux, dont la section est nette, passait par l'ouverture de communication du kyste avec la vessie, et venait s'implanter sur la tumeur fibreuse que nous avons décrite. Il avait été coupé au moment de l'ablation de la tumeur. Le calcul, scié avec précaution, dans son plus grand diamètre, offre un milieu beaucoup moins dense que les couches superficielles, une grande porosité dans son centre, et dans toute son étendue, *la pénétration des poils qui ont évidemment servi de base au dépôt calcaire.* Ce calcul est formé de phosphate de chaux, comme le démontre l'analyse.

Les suites de cette opération délicate et compliquée, d'abord très heureuses, furent traversées par le développement inattendu d'une variole confluente vers le quinzième jour. Cependant la malade résista à ce fâcheux contretemps, et après quelques autres légers accidents, elle s'est rétablie complétement.

L'observation suivante, recueillie par Schenck, me paraît très analogue aux précédentes, bien que le défaut d'autopsie du corps après la mort laisse quelque incertitude sur le siége précis de l'altération primitive. Je n'en supprimerai rien, pas même certains détails, sur la part que plusieurs médecins d'alors accordaient aux enchantements dans la production des cas rares.

Dysurie très douloureuse chez une femme, suivie de l'excrétion incomplète d'une mèche de poils qui reste engagée dans le canal de l'urètre; nouvelles excrétions de poils par l'urètre; apparition d'une tumeur au ventre, suivie d'une résolution au moins apparente; excrétion d'une sorte de membrane; augmentation de la dysurie et des accidents inflammatoires; mort.

Obs. VII. — Parmi mes autres curiosités, je conserve une mèche de vrais poils, d'une teinte blonde, de la longueur du doigt, auxquels s'est attachée par place une matière calculeuse, telle que celle qui adhère ordinairement aux vases qui contiennent de l'urine, présentant à peu près la couleur et l'odeur du soufre.

Ces poils étaient nés dans la vessie d'une femme d'Apulie, malade à l'hôpital depuis plusieurs mois. Ils ont été rejetés avec l'urine. Ils m'ont été transmis par un habile médecin de cet hôpital, Tobie Cneulin, qui me consultait sur cette affection extraordinaire.

Dès son entrée à l'hôpital, en 1573, pendant les deux premiers mois, cette malade commença à souffrir d'une si grande difficulté d'uriner, jointe à des douleurs si intenses et si intolérables, que, sans le secours des remèdes les plus énergiques, elle semblait ne pouvoir résister. On lui fit prendre, entre autres choses, de l'eau de fèves ; l'urine fut excitée, mais en même temps une mèche de poils vint boucher le col de la vessie, et comme une partie pendait au dehors, le médecin la coupa avec des ciseaux Il montre cette mèche de poils aux médecins les plus distingués du pays, expose le fait et le discute avec eux. Dans leur consultation, tous manifestent l'étonnement où les jette cette singulière affection; les uns rapportent le trichiasis aux reins ; les autres, remarquant que ce sont de vrais poils, rapportent le fait à un enchantement et à des charmes magiques. Cependant la maladie se prolonge pendant plusieurs mois, durant lesquels cette pauvre femme,au milieu de douleurs toujours aussi vives,sans que toutefois son corps dépérît, rend souvent et par intervalles plusieurs pelotons du même genre, tantôt arrachés avec quelque force du col de la vessie, tantôt sortant d'eux-mêmes. On essaye mille remèdes variés. La malade semble quelquefois en retirer quelque soulagement ; mais on n'en trouve pas un capable de la guérir complétement. Il se développe enfin une *tumeur au ventre* ; l'usage des compresses et des lotions parvient à la dissoudre. Peu de temps après, on remarque avec les poils quelque chose de semblable à une toile légère ou à une petite membrane. Enfin la violence et la longueur de la maladie ayant épuisé ses forces, on ne trouve plus de remèdes à lui appliquer. Tout le corps se consume ; la gangrène se développe après un débordement d'urine ; le col de la vessie est le siége d'une irritation intolérable, et la malade meurt. Son corps, quelques semaines avant sa mort, exhalait une odeur si empestée que personne n'osa, après sa mort, risquer sa santé pour faire l'autopsie du cadavre. On pensa que la vessie et les parties voisines étaient entrées en putréfaction. J'ai vu, avec bien d'autres témoins, les poils approchés du feu s'enflammer comme les poils ordinaires et répandre l'odeur qui leur est propre. C'est un fait dont j'ai été témoin oculaire, et je puis même aujourd'hui en renouveler l'expérience pour ceux qui le désireront. On ne peut donc douter que ce sont de vrais poils, et

que cette affection est très différente du trichiasis de Galien et des écoles.

Indépendamment de ces tumeurs contenant des poils développés dans les ovaires ou leur voisinage, on a vu les débris d'un fœtus, mort dans l'utérus, s'ouvrir une voie à travers la vessie et le rectum. Pierre-Étienne Morlanne a publié un fait de ce genre, dans lequel il n'est pas fait mention spéciale de la présence de poils dans la vessie, mais où des os du crâne étant devenus le noyau de calculs urinaires, avaient probablement entraîné des poils avec eux.

Des poils peuvent aussi être *introduits du dehors* dans la vessie. Je rapporterai plus loin une observation de M. W. Paget, relative à un calcul ayant pour noyau un poil qui, suivant l'auteur de la relation, s'était introduit dans la vessie par une fistule urinaire, ombilicale, résultant de la persistance de l'ouraque.

Il paraît aussi démontré que des femmes se sont quelquefois introduit des mèches de cheveux, par le canal de l'urètre, dans la vessie.

J'ajoute, en terminant, que M. Civiale pense que des malades atteints de rétention d'urine peuvent quelquefois introduire dans la vessie, en se servant de la sonde, des poils détachés du pubis et accolés accidentellement au gland ou au prépuce.

§ IV. — *Poils observés dans l'urètre, dans les conduits prostatiques et séminifères.*

Les poils que l'on a quelquefois rencontrés dans le canal de l'urètre provenaient soit de la vessie, comme dans l'observation de Schenck, citée plus haut, soit du dehors, ainsi que M. Civiale dit l'avoir plusieurs fois observé à la suite du cathétérisme. Personne, à ma connaissance, n'a vu de véritables poils dans les voies séminales ou sortir d'un ou plusieurs follicules de l'urètre.

Quant aux petits *filaments* qu'on a comparés à des poils, et qu'on a supposé provenir des lacunes de la prostate ou des lacunes de l'urètre, je ne les ai pas encore rencontrés dans ces parties sur le cadavre. Plus communs à la suite des blennorrhagies que dans toute autre circonstance, ils sont formés par du pus ou du muco-pus déposé dans les petits sillons de l'urètre, qui, des parties latérales du vérumontanum, se prolongent vers la partie membraneuse et plus rarement dans d'autres points du canal. (*La suite à un prochain numéro.*)

IX. Maladies syphylitiques.

---

19. *Remarques générales sur la syphilis des nouveau-nés, la cachexie syphilitique, et le traitement anti-syphilitique* ; par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Revue médico-chirurgicale, août 1851.)

Une discussion importante et dans laquelle ont été soulevés bien des points encore obscurs de la syphilis congéniale, de la diathèse et de la cachexie syphilitiques, vient d'avoir lieu à l'Académie de Médecine, à l'occasion d'un rapport de M. Cazeaux sur un travail de M. De Paul relatif au pemphigus des nouveau-nés et aux abcès pulmonaires, regardés comme signes positifs d'infection syphilitique. Il importe aux praticiens de savoir ce qu'on peut tirer de cette discussion relativement aux caractères et au traitement de la syphilis congéniale.

Les opinions assez divergentes de MM. P. Dubois, Moreau, Ricord, Lagneau, Roux, Danyau, Cazeaux, auxquelles est venue s'ajouter la mienne, s'appuient sur quelques faits qu'il ne serait pas impossible de résumer en peu de mots, de manière à mettre en évidence ce qui peut être regardé comme offrant, sur ce sujet, l'état actuel de la science.

Je crois faire une chose utile en essayant d'arriver à ce résultat.

Tout d'abord, il faut signaler l'écueil que n'ont pas toujours su éviter nos devanciers et qui consiste à se contenter d'indications vagues et purement *étiologiques*, au lieu de s'efforcer d'établir un diagnostic précis, autant que possible fondé sur des signes sensibles, qui permette de délimiter clairement les phénomènes syphylitiques et de les séparer de ceux qui peuvent reconnaître une autre cause.

En pathologie cutanée, par exemple, nous sommes arrivés à ce progrès, et nous distinguons assez facilement les *syphilides* des autres maladies de la peau ; aussi, le mot *dartre* ou *gale* vénérienne, si familier à nos prédécesseurs, est rayé de notre vocabulaire dermatologique.

Pour ce qui concerne la pathologie générale, nous n'en sommes plus non plus à l'époque où les meilleurs auteurs regardaient comme démontré que tous les viscères pouvaient être lésés par le virus syphilitique et que la maladie vénérienne pouvait simuler

toutes les maladies et se déguiser sous toutes les formes morbides imaginables.

Les seuls cas de syphilis *larvée* qu'il semble rationnel d'admettre aujourd'hui, sont : la *phthisie*, certaines névroses, certaines paralysies, l'hydrarthrose, des abcès étendus dans la longueur des membres et quelques autres phénomènes cachectiques qu'il est bien rare toutefois de rencontrer isolés de tout autre indice plus caractéristique de Syphilis constitutionnelle. Voilà pour l'adulte. Pour le fœtus et le nouveau-né, nous trouvons un état cachectique spécial qui entraîne l'avortement ou la mort au moment de la naissance.... et, s'il faut en croire MM. P. Dubois et De Paul, des indurations et des abcès pulmonaires et le pemphigus congénial des extrémités.

Mais ce dernier point est encore à éclaircir, tant relativement à l'enfant chez lequel ces indices de syphilis nous paraissent encore douteux, que relativement aux parents chez lesquels notre expérience personnelle nous donne de la répugnance à admettre qu'il n'existe en même temps aucun indice caractéristique de syphilis propre à éclairer le praticien.

Généralement la Syphilis des nouveau-nés ne se montre point au moment de la naissance ; ce n'est que dans la deuxième ou la troisième semaine qu'elle se révèle par des symptômes dont les plus constants et les plus caractéristiques sont : les papules muqueuses ou tubercules plats, et les éruptions pustuleuses varioliformes ou vésiculeuses varicelliformes, d'abord aux environs de l'anus, des parties génitales, de la bouche et du nez, puis sur le reste du corps. D'autre part, on peut regarder aussi comme la règle que lorsque le produit de la conception est infecté, il existe en même temps, soit chez le père, soit chez la mère, des indices actuels de syphilis constitutionnelle, en sorte que l'on n'en est pas réduit à des conjectures tirées seulement des antécédents de l'un ou l'autre époux.

Ces règles posées, existe-t-il des exceptions, comme le prétendent quelques observateurs éminents ? C'est sur ce point que doivent porter les recherches ultérieures, mais jusqu'à ce que ces recherches aient mis en lumière les points encore aujourd'hui obscurs il faut savoir douter et attendre.

Quant au traitement, faut-il, en l'absence de tout phénomène syphilitique chez les parents, et sur la seule indication fournie par un avortement, par un état cachectique du nouveau-né, par un pemphigus congénial des extrémités, par des abcès trouvés à l'ouverture du corps dans les poumons de l'enfant mort-né ou qui a succombé peu d'heures ou peu de jours après la naissance,

faut-il, dis-je, déclarer l'enfant atteint de syphilis congéniale et prescrire un traitement aux parents? Dans l'état actuel de la science, je ne m'y déciderais que dans deux hypothèses : celle où le fait se serait répété au moins dans deux grossesses successives et celle où les parents eux-mêmes m'exprimeraient le désir de subir ce traitement de précaution.

Je ne crois pas inutile d'exposer ici, en peu de mots, comme exemple, le résumé d'une consultation à laquelle j'ai pris part assez récemment avec deux praticiens des plus distingués de la capitale. On nous avait appelés pour décider si la mort d'un enfant âgé de 8 à 10 mois qui avait succombé en quelques semaines, après avoir paru bien portant jusque là, à une affection assez aiguë mais dans laquelle un médecin avait cru reconnaître des indices de syphilis, devait être rapportée à une infection dont la source remonterait au père. Celui-ci, ayant eu jadis quelques symptômes primitifs, était sain depuis plusieurs années, la mère était également saine ; l'enfant, d'après le récit des accidents, me paraissait avoir succombé à une angine couenneuse avec ulcérations diphthéritiques cutanées à la surface de vésicatoires mis au devant du col. Je n'hésitai pas à me prononcer pour la négative. Toutefois le père désirant subir un traitement de précaution, et l'un des consultants ayant émis une opinion favorable à ce désir, il fut résolu qu'un traitement anti-syphilitique serait prescrit aux parents. Je persiste à croire qu'il était inutile.

Je pense, en effet, qu'en l'absence de tout symptôme il n'y a jamais indication formelle à un traitement anti-syphilitique et je rejette d'une manière générale les traitements dits de *précaution*. Ainsi que je l'ai dit dans le cours de la discussion académique, je ne crois pas à l'action thérapeutique ni préservative des spécifiques anti-syphilitiques en l'absence de toute manifestation pathologique. Je ne crois pas qu'ils soient doués d'une sorte de propriété chimique et destructive du virus supposé caché dans les humeurs de l'économie, tant qu'il n'y a réellement pas état pathologique. C'est cet état seulement qu'ils sont aptes à guérir.

X. Médecine légale et Toxicologie.

TOXICOLOGIE.

20. *Mort par le chloroforme* ; par le docteur ACHILLE CHEREAU.

(L'Union médicale, N° 103; 30 août 1851.)

Ce déplorable accident, qui forme, si notre mémoire est fidèle, le treizième ou quatorzième cas depuis l'introduction du chloroforme dans la pratique de la chirurgie, est arrivé le 8 juillet dernier à Seamen's hospital, c'est-à-dire à l'hôpital consacré, à Londres, exclusivement aux marins.

L'observation, publiée dans le *Medical Times* par M. Rooke, chargé du service médical, est très détaillée ; et vu l'importance de la question, nous croyons devoir la donner *in extenso*, en omettant seulement les passages qui n'ont qu'un rapport indirect avec le fait :

Thomas Hutton, âgé de 45 ans, mulâtre, natif de New-York, d'une constitution vigoureuse, aux épaules larges, aux muscles très développés, était atteint d'une altération telle, du testicule gauche qu'il devint nécessaire d'enlever l'organe. Sous tous les autres rapports la santé était bonne ; seulement on apprit que 9 années auparavant, cet homme avait eu des crachements de sang accompagnés de toux et d'oppression. L'ablation du testicule ayant été décidée, le malade fut, à sa prière, soumis à l'influence du chloroforme. Cet agent fut administré suivant le mode qu'on avait coutume d'employer à cet hôpital, c'est-à-dire au moyen d'une compresse ou d'un foulard, imprégné d'une quantité de chloroforme ne dépassant pas vingt ou trente gouttes à la fois; alors lorsque cette quantité est épuisée on en verse de nouveau vingt autres gouttes ; puis enfin, s'il est nécessaire, dix gouttes seulement. Le malade est toujours placé couché sur une table, les fenêtres de la salle d'opération tenues ouvertes. Le mouchoir est maintenu à quelque distance de la bouche, et l'on a soin de n'obtenir les effets anesthésiques que lentement et graduellement. Il est aussi d'habitude de donner au malade, avant l'emploi du chloroforme, un verre de vin généreux.

Toutes ces conditions furent scrupuleusement suivies dans cette circonstance. Lorsque le malade entra dans la salle d'opération, on lui demanda s'il n'avait point de toux ni d'oppression. Il répondit négativement. La poitrine fut trouvée saine à l'aus-

cultation et à la percussion ; le pouls, régulier et faible, donnait 70 battements. Vingt gouttes de chloroforme furent versées sur un morceau de linge ; mais aucun symptôme d'insensibilité ne ne survenant, on en versa au bout de quelques minutes, vingt autres gouttes. Le patient commença à chanter et à batailler avec des ennemis imaginaires, mais l'anesthésie étant loin d'être complète, on fit aspirer en plus dix autres gouttes, puis enfin vingt autres. Cette fois le malade tomba dans l'insensibilité ; mais la respiration était libre, le pouls régulier et donnant toujours 70 contractions, aussi pleines, aussi élastiques qu'avant l'inhalation ; les lèvres étaient rosées ; on cessa le chloroforme pendant environ 7 minutes. M. Busk commença l'opération, en faisant au scrotum une incision qui coupa une petite branche artérielle et quelques veines dilatées, d'où le sang coula à jets très francs. Puis, presque instantanément, ce jet s'arrêta, et M. Rooke, qui avait le doigt sur le pouls du malheureux Thomas, ne sentit plus les battements de l'artère. Immédiatement on eut recours à tous les moyens imaginables employés dans une telle circonstance ; ils eurent pour résultat de provoquer, à de rares intervalles, quelques inspirations, mais hélas ! celles-ci ne continuèrent pas, et l'assemblée n'eut bientôt devant elle qu'un cadavre.

L'autopsie, qui fut faite vingt-quatres heures après la mort, fit découvrir les faits suivants :

Crâne : Les vaisseaux de la dure-mère et de la surface du cerveau sont gorgés de sang et ne contiennent point d'air. On trouve dans l'arachnoïde et dans le sinus spinal une quantité considérable de sérosité. Les sinus latéraux laissent écouler, quand on les ouvre, une bonne quantité de sang noir. Le tissu du cerveau lui-même est très molasse ; le *septum lucidum* presque diffluent.

Poitrine : Poumons libres d'adhérence, colorés en pourpre à leur partie postérieure, gorgés de sang fluide et le siége d'une infiltration séreuse, mais pourtant partout crépitants.

Cœur : La surface externe du cœur est presque dans toute son étendue recouverte par une couche adipeuse qui a çà et là une épaisseur considérable. Le péricarde vide, les veines caves gorgées de sang liquide ; le cœur flasque, molasse et s'applatissant sur lui-même ; les valvules et l'endocarde très sains ; seulement, cette dernière tunique est dans le ventricule droit légèrement teinte en couleur veineuse. Les parois du ventricule gauche avaient environ un centimètre d'épaisseur ; celles du ventricule droit étaient bien plus minces et n'excédaient pas la huitième ou même la neuvième partie d'un centimètre. Les pa-

rois de l'oreillette *gauche* était singulièrement minces, presque diaphanes. Le tissu musculaire du ventricule droit et de la cloison était plus pâle que partout ailleurs, et là, les fibres avaient perdu leur aspect strié, converties en une masse comme granuleuse.

Abdomen : Nous ne citerons ici, comme organes malades, que le foie qui adhérait au diaphragme, dont la surface était rugueuse, et çà et là plisée.

Ce fait malheureux suscite quelques réflexions d'autant plus importantes, qu'elles portent principalement sur le mode d'emploi du chloroforme, et qu'elles tendent à déverser tout le poids de la terminaison fatale, non pas sur l'agent anesthésique lui-même, mais bien sur les circonstances de son administration. Sous ce rapport, la pratique française diffère essentiellement de celle qui est habituellement mise en usage au-delà de la Manche. Tandis que chez nous, les chirurgiens se contentent très volontiers, pour pratiquer une opération douloureuse, de la période d'excitation amenée par l'inhalation du chloroforme, nos voisins ne voient dans cette période d'excitation qu'un acheminement à l'insensibilité, et continuent l'influence anesthésique jusqu'à ce que les patients soient tombés dans une espèce de stupeur et d'anéantissement. Ils ne font pas assez attention que la période d'excitation, tout en laissant aux sujets soumis à l'expérimentation, la faculté de parler, de se mouvoir, ou même de conserver une certaine lucidité dans les idées, suffit pour émousser presque complétement la sensibilité, pour ne laisser aucun souvenir de l'action des instruments, et pour remplir largement le but qu'on se propose, — celui de soustraire l'humanité aux tortures d'une opération.

Cette différence capitale entre la pratique de l'un et l'autre pays est bien propre à expliquer, d'un côté l'innocuité de l'usage sage et modéré du chloroforme et, de l'autre, la grande majorité des accidents qui incombent à l'Angleterre et à l'Amérique. Nous avons vu à l'hôpital St-Thomas de Londres, sur un enfant atteint d'ectropie de la vessie et qu'un habile chirurgien tentait de soustraire à une vie pleine de misères, l'influence anesthésique poussée à un degré qui eût effrayé nos chirurgiens français. Pendant cette opération, qui ne dura pas moins d'une heure, le patient fut presque constamment plongé dans l'état de stupeur dont il faillait combattre les terribles résultats éventuels, en aspergeant d'eau froide la face du malheureux enfant, en lui fouettant le visage avec un linge mouillé. Aussitôt que le pouls se faisait sentir, que le pâleur cadavérique de la face disparaissait

un peu, que les muscles se contractaient, que l'œil s'entr'ouvrait et que la voix se faisait entendre, le chloroforme était de nouveau versé sur un linge et placé sous le nez. Nous ne savons la quantité de chloroforme qui fut ainsi employée, car l'agent était versé un peu indistinctement, mais elle a dû être considérable ; et ce qui nous étonnait c'était qu'une liqueur qui, donnée à très petites doses, a pu, dans des cas rares, foudroyer des malades, fut supportée ici sans résultats terribles.

Il nous semble que, dans l'exemple de Thomas Hutton, la cause de la mort doit être en partie attribuée à cette continuation, inutile, de l'influence anesthésique, jusqu'à l'insensibilité *complète*, et qu'il ne serait ni prudent, ni logique de faire servir ce cas à la condamnation d'une méthode dont les magnifiques résultats ont surpassé tout ce que les espérances les plus brillantes en avaient auguré.

XII. Généralités.

21. *De la syphilisation ou vaccination syphilitique* ; par le docteur AUZIAS-TURENNE.

Suite : *voir* t. VIII, août 1851, p. 157.

(Archives générales de Médecine, août 1851.)

Cinquième série d'expériences et d'observations.

La série suivante est la plus importante de ce travail. Les circonstances dans lesquelles elle a été entreprise, le dévouement de Robert de Welz, la patience de plusieurs confrères allemands, et la multiplicité des faits qu'elle met en lumière, lui donnent un très grand intérêt. Je dois donc entrer dans beaucoup de détails.

Les résultats de mes expériences, que j'avais annoncés comme étant hors de doute, avaient été, de même que les années précédentes, récemment niés par un syphilographe célèbre, M. Ricord. Deux amis de la science, MM. Neuhoefer et Handschuh, me demandèrent si je consentirais à soumettre de nouvelles expériences au contrôle minutieux et sévère de plusieurs de leurs collègues de la Société des médecins et naturalistes allemands, à Paris. J'ai reçu avec empressement cette proposition. Cette série d'expériences et d'observations a donc été entreprise sous les yeux

et la direction des médecins allemands dont les noms suivent : MM. Lindhwurm, Gerson, Baumgaertner, Diruf, Handschuh, Berlin, Graefe, Welz, Roth, Neuhoefer et Mezank. Qu'ils reçoivent, et particulièrement MM. Neuhoefer et Handschuh, l'expression de ma reconnaissance ; pour ce qui concerne M. Robert de Welz, je me borne au récit de ce qui s'est passé, c'est la meilleure manière de faire l'éloge du dévouement de notre courageux confrère. Si c'est avec raison qu'on admire celui qui s'expose sur un champ de bataille, ou sur le théâtre d'une épidémie, bien qu'il ait de nombreuses chances d'échapper au danger, combien n'est pas plus digne d'admiration celui qui se dévoue à une contagion certaine !

Le 5 juin 1850. Le sujet est un singe macaque, mâle, âgé de 2 ans, et bien portant. Nous l'avons gardé et observé plusieurs jours, avant les expériences, afin d'être bien sûrs de l'intégrité de sa santé, et de l'habituer à nos manœuvres. M. Welz a écrit longuement l'histoire du malade, auquel a été emprunté le pus. Pour cette série d'observations, comme pour les autres, je me bornerai à dire que le pus a été constaté inoculable au malade lui-même. Je n'en avais recueilli qu'une petite quantité, qui s'était desséchée sur le bord de goulot d'une petite fiole, lorsque quatre heures après, je fis la première inoculation ; je fus obligé de délayer ce pus dans de la salive ; j'ai fait à la partie antérieure de l'hélix droit, suivant mon procédé ordinaire, deux inoculations distantes de deux millimètres l'une de l'autre. . . . . .

Je reviens à M. Robert de Welz, que je laisse d'abord s'exprimer lui-même, les faits qu'il raconte étant conformes aux détails que j'ai consignés dans mes notes.

« Tant pour constater que l'ulcération inoculée était bien un chancre, que pour essayer la possibilité de transporter la syphilis des animaux à l'homme, je résolus de me soumettre à cette inoculation.

« Agé de 33 ans, j'ai une constitution forte, un habitus robuste, un tempérament sanguin cholérique, et ai toujours eu une bonne santé, n'ayant spécialement jamais eu de maladie syphilitique.

« J'inoculai le 9, à 11 heures du matin, au côté externe de mon bras droit, du pus pris à la première ulcération du singe, en introduisant si superficiellement la lancette sous mon épiderme, que cela n'y produisit aucune coloration de sang.

« Les 9 et 10, il me fut impossible de percevoir aucun changement appréciable à la peau, et j'eus même de la peine à trouver ce point, ayant négligé de le recouvrir d'un verre de montre. Je

croyais si peu à la réussite de l'opération, que je négligeai de m'en occuper le 11 ; mais le 12, dans l'après-midi, je remarquai avec surprise, à la place où j'avais fait l'inoculation, l'épiderme soulevé par du liquide avec un halo rouge, mais qui n'avait pas au milieu ce point noir, que M. Ricord indique comme le résultat du dessèchement du sang de la petite piqûre. Dans la matinée du 13, la vésicule éclate, et il en coule une goutte d'un pus d'un jaune verdâtre ; l'aréole rouge qui entourait ce point s'était un peu agrandie. Je me rendis ce jour-là, avec M. Auzias, à la clinique de M. Ricord, que j'ai le plaisir de suivre depuis plus d'une année et demie, afin de montrer à ce célèbre syphilographe le résultat de l'inoculation. M. Ricord utilisa cette occasion pour faire une leçon remarquable, dans laquelle, après avoir traité de l'historique de l'inoculation, il parla de l'influence et des suites qu'une telle découverte était à même d'accomplir dans cette matière; mais il ne crut pas encore pouvoir se prononcer définitivement sur la nature des ulcérations que l'inoculation avait produites chez moi.

« Le 14, la tumeur de mon bras gauche s'était recouverte d'une légère escharre, qui fut éloignée, et sous laquelle on trouva un fond gris lardacé, à bords nettement tranchés ; les tissus sous-jacents commençaient à s'enflammer, à s'infiltrer, et à s'indurer.

« A ma demande, M. Ricord inocula sur mon bras gauche, le même jour, à onze heures du matin, du pus pris à la seconde ulcération du singe, qui, comme je l'ai dit, avait été produite au moyen de la première. La piqûre ayant été plus profonde que la première fois, ce point fut rougi par un peu de sang qui s'échappa; ma première ulcération, et la plaie où l'inoculation venait d'avoir lieu, furent mises sous cloche, au moyen de verres de montre.

« Le 15, dans l'après-midi, la sécrétion du pus de la première ulcération avait augmenté; les tissus environnants étaient enflammés dans une assez grande étendue, et les mouvements du bras très douloureux. La seconde plaie inoculée présentait déjà, ce jour-là, une vésicule qui offrait à son sommet un point noir, et un halo rouge enflammé; et M. le docteur Ricord, auquel je me montrai, reconnut la première ulcération pour un chancre, et me recommanda de la cautériser avec de la pâte de Vienne, ce que je négligeai de faire alors, faute de temps pour m'en occuper.

Le 16, agrandissement du premier chancre, et augmentation de l'inflammation des tissus ambiants. La seconde ulcération présentait une pustule remplie d'un pus verdâtre ; sans cause déter-

minée, je sentis ce jour un léger frisson, qui alterna avec un sentiment de chaleur, de grand abattement dans les membres, et de douleurs vagues dans les articulations. La tête était prise, je manquai d'appétit, et mes urines étaient d'un rouge foncé; le lendemain, tous ces phénomènes avaient disparu. Sans vouloir nier qu'ils puissent avoir été tout à fait indépendants de la présence des ulcérations syphilitiques, je serais persuadé, au cas où j'aurais plus tard une syphilis constitutionnelle, que c'est ce jour-là qu'elle commença.

« Le 17, même état de la première ulcération ; la pustule de la seconde inoculation avait éclaté, et l'ulcération était recouverte d'une croûte; le tissu cellulaire ambiant commençait à s'enflammer.

« Le 18, agrandissement de la première ulcération, qui, avec les parties enflammées qui l'entourent, atteint à peu près l'étendue d'une pièce d'un sou; augmentation de l'inflammation du tissu ambiant de la seconde. M. Ricord me présente, ce jour-là, à ses auditeurs, et comme toujours, loyal et noble, prêt à rendre hommage à la vérité, et à reconnaître les services rendus à la science par d'autres personnes, dussent les résultats être en opposition aux idées qu'il professait jusque-là, il déclara que les expériences de M. Auzias-Turenne avaient pleinement réussi, et que les deux ulcérations dont j'étais porteur étaient de vrais chancres.

« Le 19, dans la soirée, je cautérisai ma première ulcération avec de la pâte de Vienne, afin de la détruire, après l'avoir laissée subsister pendant dix jours; cela eut lieu tandis que j'étais soumis à l'influence du chloroforme.

« Quand au second chancre, je le laissai subsister jusqu'au soir du 24, époque où je le détruisis de même, après que j'en eus été le porteur pendant dix jours aussi; il avait alors acquis une beaucoup plus grande étendue que le premier; le tissu cellulaire était enflammé, et induré dans une beaucoup plus grande étendue, mais on ne put déterminer si cette induration était spécifique à cause de l'inflammation qui l'accompagnait. L'état de ma santé avait été d'ailleurs satisfaisant pendant tout ce temps; je remarquai, par hasard, le 17, dans l'après-midi, une légère éruption de roséole sur ma poitrine ; mais je ne voudrais pas décider si elle était ou non de nature spécifique.

« J'ai montré, pendant son existence, le second de mes chancres à plusieurs médecins, entre autres à MM. Velpeau, Vidal (de Cassis), Cullerier, Lebert, de Graefe, et Cornaz; je le présentai également à la Société biologique, et aucune des personnes qui le virent ne mit en doute que ce ne fût réellement un chancre.

« Je résolus de faire un troisième essai, et je m'inoculai encore une fois, le 25, du pus pris au premier chancre du singe, et, afin de ne laisser prise à aucun doute, je n'employais que des instruments neufs, qui n'avaient jamais servi ; je pratiquai cette inoculation comme la première, c'est-à-dire en glissant légèrement la lancette sous l'épiderme. L'ulcération se développa plus lentement encore que la première fois, et pendant les deux premiers jours, il n'y eut rien d'appréciable à la place inoculée; ce ne fut qu'au troisième jour que les phénomènes se développèrent, en suivant seulement la marche régulière que décrit si bien M. Ricord; néanmoins il ne se manifesta pas plus cette fois que la précédente de points noirs au sommet de la vésicule. Le septième jour, l'ulcération avait atteint tout son développement, et montrait évidemment le caractère d'un chancre; je le détruisis comme les précédents, après l'avoir laissé marcher pendant deux semaines. Après chacune des trois ulcérations, eut lieu dans le tissu cellulaire de tout le bras une violente inflammation, qui cessa au bout de vingt-quatre heures. Actuellement, les trois ulcérations sont recouvertes d'escharres noires, dont les bords sécrètent un pus très liquide, sanguino-séreux ; je ne vis jamais se produire, chez moi, ni engorgement des ganglions axillaires, ni aucun autre phénomène secondaire; cependant je m'engage à publier ce qui pourrait survenir en moi par la suite ». . . .

Je joins à ce récit quelques remarques.

M. Robert de Welz a emprunté du pus au *chancre hélicien droit*, pour l'inoculation qu'il s'est faite le 9 juin. Ce chancre datait de quatre jours, le pus a été pris au même chancre, à son vingtième jour, pour sa troisième inoculation, à la date du 25 juin. On a vu que le 10, le 21 et le 23, la croûte de ce chancre avait été enlevée, et que son fond avait été soigneusement lavé et essuyé devant plusieurs médecins, qui désiraient en étudier la physionomie. Pour la deuxième inoculation, le pus a été pris au *chancre mastoïdo-auriculaire droit*; celui-ci, originaire de la même source que le premier chancre de Welz, dont il était contemporain, datait lui-même de cinq jours.

Voici donc, en résumé, ce qu'étaient les chancres auxquels M. Robert de Welz a emprunté du pus pour se l'inoculer. Dans la première inoculation, le chancre était de première génération sur le singe, et datait de quatre jours ; dans la deuxième inoculation, le chancre était de deuxième génération sur le singe, et datait de cinq jours ; enfin, dans la troisième inoculation, le chancre, qui n'était pas autre que celui de la première inoculation, était par conséquent de première génération, et datait de vingt

jours. Il avait été trois fois nettoyé avec le plus grand soin.

J'insiste sur tous ces détails, parce qu'on a prétendu que le pus primitif de ces inoculations successives, emprunté à l'homme, s'était *miraculeusement* conservé, pour se présenter, sans avoir subi d'altération, à la lancette de l'opérateur. On a avancé, en d'autres termes, que ce premier pus, dont je me suis servi, après l'avoir humecté par de la salive, avait bien pu ne pas se décomposer, et qu'il avait pu subir une sorte de *dilution homoœopathique*, sans perdre ses propriétés. N'a-t-on pas été jusqu'à écrire que tout s'était probablement passé chez M. Welz, comme s'il s'était inoculé du pus virulent, pris chez l'homme, et conservé sous l'épiderme du singe, comme dans un tube ou entre deux plaques de verre?

J'ai emprunté, plus tard, à un chancre de chat, en présence de MM. Diruf et Welz, du pus, dont ce dernier s'est fait une inoculation. Cette inoculation a également réussi, et j'en parlerai plus bas. M. Welz a ainsi subi quatre inoculations de pus virulent; trois qu'il s'est faites lui-même, et une qu'a pratiquée M. Ricord. Il est remarquable qu'aucune de ces inoculations n'ait échoué.

Il y a une différence importante dans la manière d'inoculer entre M. Welz et M. Ricord. M. Welz glisse très légèrement et très peu profondément sous l'épiderme la pointe d'une lancette, trempée dans du pus; on a peine à voir si l'épiderme est entamé, et si le pus est réellement mis en contact avec le derme. M. Ricord enfonce bien plus la lancette, il la soulève ensuite un peu par un mouvement de bascule; il a soin, en outre, de faire exécuter à la pointe de l'instrument un léger mouvement de rotation dans la plaie; ensuite, il essuie cette pointe dans l'endroit piqué et dans son voisinage. Il en résulte une petite plaie, moins superficielle, plus irritée, plus ouverte, et dans laquelle est déposée une plus grande quantité du pus virulent.

Telle est la différence des procédés opératoires; voici celle des résultats. Il faut au moins deux jours pour qu'on aperçoive quelque chose aux piqûres que M. Welz s'est faites, tandis qu'un travail se montre dès le lendemain, quand la piqûre lui a été pratiqué par M. Ricord. Et pourquoi? c'est parce que dans cette dernière, il y a deux éléments: 1° l'irritation produite par la pipûre, et par l'excès du pus; 2° l'action du pus spécifique. Dans les piqûres faites par M. Welz, au contraire, le pus agit seul, et n'agit que comme spécifique; la piqûre est trop superficielle et trop délicate, et le pus est en trop petite quantité, pour que ce pus produise une autre action. Ce n'est pas que j'aie l'intention

de blâmer ici l'un ou l'autre de ces procédés ; chacun d'eux a ses avantages particuliers. Celui de M. Welz est, en quelque sorte, plus précis, et celui de M. Ricord plus sûr. Mais je me borne à constater les résultats, pour en tirer parti dans mes conclusions. J'insiste donc seulement sur ce point, qu'une piqûre de M. Ricord, même sans dépôt de pus virulent, serait souvent suivie, dès le lendemain, de *quelque chose* tandis qu'une piqûre de M. Welz, sans dépôt de pus virulent ne serait suivie de *rien du tout*. La pustule de l'inoculation faite par M. Ricord est plus grosse que la pustule de l'inoculation faite par M. Welz. — Voici mes conclusions :

1° Un ou deux jours suffisent pour qu'on puisse reconnaître si l'inoculation est positive sur le singe, tandis qu'il faut un temps plus long chez l'homme ; cela résulte clairement de la comparaison des inoculations que j'ai pratiquées au singe, avec celles que s'est faites M. Robert de Welz. Quant aux inoculations pratiquées par M. Ricord, elles ne doivent pas être interrogées dans les premiers jours, parce que le résultat peut en être masqué par un mouvement fluxionnaire, étranger à l'action spécifique du virus, et qui peut s'éteindre plus ou moins promptement ; et puis, ne doit-on pas se méfier souvent de ces inoculations faites au malade lui-même ?

2° Il ne paraît pas que les inoculations soient d'autant plus graves qu'elles sont pratiquées plus loin de la sphère génitale. (Le temps seul pourra confirmer cette conclusion, que semble pourtant justifier, dès aujourd'hui, un accident fâcheux arrivé à M. Diday. Ce courageux confrère s'est inoculé à la verge le pus d'un chancre de chat, et n'a pas réussi dès le principe à se rendre maître du mal.)

3° Le pus syphilitique ne perd aucune de ses propriétés en passant de l'homme aux animaux, et de ceux-ci à l'homme.

4° Un chancre de singe se développe plus vite, marche plus vite, devient moins large, se rétrécit, et se cicatrise plus vite qu'un chancre d'homme.

5° Sans affirmer que le chancre a une période d'incubation, je suis sûr qu'il n'y a pas de travail local appréciable dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'inoculation du pus chancreux sur la peau épaisse de la face externe du bras, si cette inoculation est faite superficiellement et délicatement, et qu'en outre le sujet de l'expérience n'ait jamais eu d'affection syphilitique.

6° Le premier chancre qui est donné à un singe peut être en-

core inoculable à son vingtième jour, ou après avoir parcouru les quatre cinquièmes de sa durée.

7° Un chancre à peine inoculable (si je puis me servir de cette expression) au singe, qui le portait depuis vingt jours, s'est facilement inoculé à l'homme. Le pus n'avait donc rien perdu de ses propriétés spécifiques; mais le singe était devenu moins apte à en recevoir l'inoculation. On comprend, par analogie, qu'un chancre puisse être inoculé sans succès au malade tandis que le malade pourrait communiquer le virus à une personne saine.

8° Il y a des degrés dans la *syphilisation*, et probablement aussi dans la *vérole constitutionnelle*.

9° Les chancres qu'on donne à un animal à *demi-syphilisé* sont plus lents à se produire, s'accompagnent d'une moindre inflammation, s'étendent moins, et durent moins que les autres. Ce sont les chancres semblables qu'on désigne vulgairement dans l'espèce humaine, sous le nom de *chancres volants*.

10° Ces *chancres volants* ou *avortés* sont néanmoins inoculables, surtout à un autre animal. L'homme peut donc communiquer une infection violente, bien qu'il n'ait que des *chancres volants*.

11° Ces chancres sont des accidents primitifs, qui peuvent ne durer que quelques jours, quoiqu'on ait prétendu qu'il n'en existât pas de si éphémères.

12° Quand un animal a plusieurs chancres successifs, le premier dure plus que le deuxième, le deuxième dure plus que le troisième, et ainsi de suite jusqu'au dernier ; le premier s'étend plus que le deuxième, celui-ci que le troisième, etc. On peut résumer, dans une seule phrase, toutes les propositions de ce genre : *les chancres deviennent d'autant moins vivaces, qu'on les multiplie successivement davantage sur le même animal.*

J'emprunte, en terminant cette série de propositions, trois propositions à M. Robert de Welz, quoiqu'elles soient bien plus relatives à la philosophie des sciences en général, qu'à la syphilographie en particulier. Leur généralité les rend d'ailleurs inoffensives.

13° « Il vaudrait souvent mieux ne pas se hâter de publier des résultats négatifs au sujet d'un fait dont on cherche à démontrer la vérité, parce qu'on peut facilement en tirer des conclusions fausses, et ralentir ou annihiler le zèle de ceux qui se livent à des essais à ce sujet.

14° « Une seule expérience positive, bien constatée, a plus de valeur qu'une quantité innombrable de résultats négatifs.

15° « Cette seule expérience positive vient de détruire d'un seul coup des erreurs qui duraient depuis bien des années, et se traînaient, comme une maladie héréditaire, d'une génération à l'autre. »

N. B. Je n'insiste pas sur la tristesse qu'on a cru observer chez l'animal peu de temps après les premières, et surtout la première inoculation qu'il a subie. Je la signale néanmoins, parce que plusieurs fois mon attention a été éveillée sur cette circonstance, pendant les premières inoculations que je pratiquais à d'autres singes; ceux-ci m'ont souvent paru souffrir au commencement. Des témoins de mes expériences ont fait la même remarque. On vient de lire que, malgré sa robuste constitution, et son courage, Welz lui-même n'a pas été exempt de malaises, dans les premiers jours de nos expériences.

Sixième série d'expériences et observations.

Le sujet de ces expériences est une macaque âgée de 2 à 3 ans. J'ai fait toutes les inoculations du 17 au 26 juillet 1850, en présence de plusieurs témoins, chez le docteur Langlebert, auquel l'animal appartient.

Le pus est pris sur un malade de M. Vidal; ce malade a un chancre de la partie inférieure du prépuce, dont le pus s'est inoculé dans deux endroits de la face correspondante du scrotum; le pus est ramassé sur les trois ulcérations. Tous ces chancres, observés exactement, ne montrent aucune trace d'induration.

Cette série offre un grand intérêt; d'abord, les expériences ont été faites publiquement à une époque où l'attention était vivement excitée sur ce sujet; ensuite, les inoculations ont été peu nombreuses; et séparées par des intervalles qui permissent de faire, en quelque sorte, l'analyse naturelle de la maladie. Plusieurs des propositions précédemment émises se trouvent, en outre, confirmées. Voici quelques réflexions importantes :

1° Les deux chancres de l'oreille gauche, étant de même date, sont suivis, sept jours après leur production, du *chancre mastoïdo-auriculaire droit supérieur*, lequel est lui-même suivi, au bout de deux jours, du *chancre mastoïdo-auriculaire droit inférieur*; or, le premier groupe dure plus de jours que le second chancre, et celui-ci, plus de jours que le troisième. On voit donc, pour ainsi dire, diminuer l'aptitude de l'animal à contracter le chancre, et on assiste, en quelque sorte, au progrès de la *syphilisation*; celle-ci n'est pourtant pas devenue complète. Par conséquent, l'animal est passible de la syphilis constitutionnelle.

2° Des chancres, qui n'étaient pas *indurés*, et qui n'avaient aucun des caractères de l'*ulcus elevatum*, ont donné lieu à quatre chancres, dont deux se sont *indurés* (1re génération), un s'est *élevé* (2e génération), et un dernier a presque avorté (3e génération). C'est une confirmation de la loi d'unité du virus chancreux.

3° Cette série ne suffit pas pour démontrer que l'*ulcus elevatum*, à l'instar du chancre induré, dénote un acheminement vers la *syphilisation*; mais toutes les expériences que j'ai faites ne me laissent pas de doute à cet égard.

4° On voit que l'*induration*, ou bien que le caractère d'élévation du chancre, qui constitue l'*ulcus elevatum*, lequel est une sorte d'induration, a commencé douze jours après l'apparition du premier chancre, et sur un chancre qui n'était qu'à son cinquième jour; c'est le *mastoïdo-auriculaire droit supérieur*.

5° L'*induration* s'est montrée le 28 juillet, sur le *chancre mastoïdo-auriculaire droit supérieur*, et sept ou huit jours après, sur les chancres du côté gauche, qui existaient avant lui.

Addition (le 28 avril 1851). Mes prévisions relativement à la syphilis constitutionnelle se sont réalisées; ce singe a été atteint d'une ophthalmie, et a maintenant encore une syphilide crustacée bien caractérisée. La croûte en est symétrique et circinée; elle a, du reste, été longtemps précédée, et est accompagnée d'un état maladif qui ne ressemble en rien aux états morbides habituels du singe.

J'ai dit que j'étudierais plus tard la syphilis constitutionnelle des animaux, et je m'en tiens là pour le moment.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

De l'intervention des muscles de l'œil dans l'acte de la vision.

M. Clavel lit un mémoire intitulé : *De la part que prennent les muscles de l'œil au phénomène de la vision.*

Après avoir été conduit, il y a plusieurs années, par un fait imprévu, à soupçonner que les mouvements de l'iris étaient dus en partie à l'action des muscles droits de l'œil, l'auteur, en voulant vérifier ce fait, a reconnu qu'il ralliait à lui une foule de faits secondaires, et il est arrivé à penser que l'intervention des muscles droits ou obliques de l'œil se mêle à presque tous les actes de la vision.

Des considérations anatomiques et physiologiques auxquelles se livre l'auteur, il conclut que les muscles droits sont les agents principaux des modifications qui s'opèrent dans la cornée, de celles qui ont lieu dans la pupille et dans le cristallin lui-même, et enfin qu'ils prennent une part à l'appréciation des distances.

Vitesse de propagation du système nerveux.

M. Helmholtz envoie une note sur la vitesse de propagation du système nerveux. Dans une précédente note, l'auteur a fait connaître à l'Académie une méthode propre à mesurer le temps qui s'écoule entre l'irritation électrique d'un nerf moteur et la contraction du muscle. Il a publié depuis la description des appareils à l'aide desquels cette méthode a été mise en pratique, et des résultats auxquels elle l'a conduit. Voici quelques-uns des points les plus importants :

1° Quand une décharge électrique instantanée a traversé un muscle de la vie animale, ou bien le nerf qui s'y ramifie, il se passe d'abord un temps pendant lequel aucun effet appréciable n'est produit. Ce temps écoulé, la tension du muscle s'accroît par degrés, atteint un maximum et décline enfin pour revenir à son point de départ, correspondant à l'état de repos du muscle. Dans les grenouilles, M. Helmholtz a trouvé 0,01 de seconde pour la durée du laps de temps qui subsiste entre l'irritation et la première manifestation des effets mécaniques du muscle. De là jusqu'au maximum, il y a 0,08 de seconde; enfin le déclin de la tension du muscle jusqu'à son relâchement complet dure de 0,3 de seconde

à une seconde entière. On voit donc que la différence qu'on a cru jusqu'ici devoir admettre entre le mode d'action des muscles de la vie animale et de ceux de la vie organique est illusoire. Les premiers, comme les derniers, n'agissent qu'un certain temps après le commencement de l'irritation, et, dans les deux espèces de muscles, la durée des effets de l'irritation dépasse de beaucoup celle de l'irritation elle-même. Mais dans les muscles de la vie organique, les trois périodes de la contraction, celle qu'on peut appeler *du temps perdu*, celle de l'accroissement et celle du déclin de la tension, se comptent par secondes entières, si ce n'est par minutes, tandis que dans les muscles de la vie animale les mêmes périodes se comptent par centièmes de seconde.

2° En faisant agir sur différents points d'un nerf moteur un courant électrique suffisamment énergique, on parvient à produire des contractions tout à fait identiques quant à la grandeur de leur maximum, ainsi qu'à la durée de leurs deux dernières périodes. Mais, chose remarquable, la première période, celle que M. Helmholtz a appelée du temps perdu, se trouve augmentée, par rapport à ce qu'elle était lors de l'irritation du muscle lui-même, d'une fraction de temps minime à la vérité, mais pourtant bien appréciable aux appareils ; et cette fraction est d'autant plus grande que le point du nerf qu'on a irrité est plus distant de l'insertion au muscle. L'auteur démontre, dans son mémoire, que cette augmentation du temps perdu entre l'irritation et l'effet mécanique produit ne peut être rapportée uniquement qu'au plus grand trajet que l'agent nerveux est censé alors parcourir dans le nerf. Cette augmentation fournit donc un moyen de mesurer la vitesse de la propagation de l'agent nerveux. Cette vitesse, en général, n'est que très modique et certainement fort inférieure à ce que l'on avait toujours imaginé jusqu'ici. En effet, dans les grenouilles, elle ne serait, d'après les mesures de M. Helmholtz, que d'à peu près 26 mètres par seconde.

Statique de l'oxygène atmosphérique et de la chaleur à l'état de liberté.

M. Édouard Robin communique une note sur ce sujet dont voici un résumé :

Dans le problème relatif à la statique de l'oxygène atmosphérique, dit l'auteur, on a négligé, ce me semble, quelques-unes des données essentielles à une complète solution. Relativement à la consommation d'oxygène qui s'effectue, on n'a guère considéré que la combustion opérée *pendant la vie* dans la respiration des animaux ; ce n'est là qu'une partie assez minime de l'immense combustion que l'oxygène produit dans la nature. *Dès que la température est suffisante, ce gaz étend*

son action comburante sur les végétaux comme sur les animaux ; l'action s'exerce en toute circonstance, non seulement pendant la vie, mais encore après la mort ; elle anime le mécanisme pendant la vie, elle en produit après la mort la transformation qu'on nomme putréfaction, et, par là, elle rend les dépouilles de la mort propres à revêtir de nouveau les formes de la vie.

Relativement au fait de l'entretien en tout climat et en chaque lieu d'une portion d'oxygène qui reste sensiblement constante malgré l'immense consommation, on a trouvé, dans la décomposition d'acide carbonique opérée au soleil par les parties vertes des végétaux, une source d'oxygène venant compenser la dépense produite. C'est là, sans doute, le point capital, mais ce n'est pas tout : la terre se partage en deux grandes parts : régions où l'hiver est suffisamment rigoureux pour que, avec les parties vertes des végétaux, disparaisse et reparaisse en énorme portion, et pendant des portions considérables de l'année, la production d'oxygène ; régions où la température est toujours assez élevée pour que les parties vertes, toujours développées, toujours actives, restent toujours d'abondantes sources d'oxygène, accompagnant toujours la consommation. Comment, dans de telles conditions, obtenir en chaque climat, en chaque lieu, une proportion d'oxygène sensiblement constante ? Cette question me paraît n'avoir pas été résolue. On s'est contenté d'attribuer d'une manière générale aux grands mouvements atmosphériques la répartition uniforme en chaque lieu, dans toutes les saisons et en chaque saison, de l'oxygène toujours abondamment produit dans une portion de la terre, produit, au contraire, d'une manière intermittente, produit rarement et avec une extrême parcimonie dans une autre portion.

Rien ne prouve qu'il y ait une seule contrée de la terre où le transport de l'oxygène d'une région dans une autre, par les courants atmosphériques, soit nécessaire à la statique de ce gaz. Si on leur a concédé un tel rôle, c'est parce qu'on n'a pas examiné l'influence remarquable que le degré de chaleur exerce en chaque lieu sur la consommation générale de l'oxygène atmosphérique.

En chaque climat, en chaque lieu, quand l'abaissement de température diminue ou arrête la production d'oxygène, la même cause diminue ou arrête la consommation générale que ce gaz éprouve dans les combustions naturelles ; quand l'élévation de température détermine la production et la rend de plus en plus abondante, elle contraint l'oxygène à se dépenser dans les combustions naturelles, et rend de plus en plus abondante la consommation effectuée. Soumises ainsi, mais en sens inverse, à une même influence, celle de la chaleur, la production et la consommation s'opèrent, on le voit, de telle façon, *qu'en tout climat,*

en chaque lieu, la production augmente avec la consommation et diminue avec elle, de manière que, en tout climat, en toute saison, chaque lieu paraît toujours se suffire à lui-même.

Quoi qu'il en soit, par ce mécanisme, les variations dans la proportion d'oxygène sont partout tellement lentes, que les mouvements atmosphériques peuvent aisément parvenir à entretenir partout, et en toute circonstance, une proportion d'oxygène sensiblement constante.

Quant à la chaleur atmosphérique, qui tient sous sa dépendance l'action de l'oxygène humide, elle trouve à son tour, dans les combustions déterminées par ce gaz, une cause de stabilité : plus est faible cette chaleur, moins aussi elle excite de combustion et moins elle se reproduit ; plus est forte la chaleur, plus elle excite de combustion et plus elle se reproduit en grande quantité.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Obtention de l'opium indigène.

M. Chevallier lit une note sur la récolte du lactucarium et sur celle du pavot pour l'obtention de l'opium.

Dans la séance du 22 juillet 1851, M. le docteur Aubergier, professeur à l'école secondaire de médecine de Clermont-Ferrand, demandait à l'Académie qu'un de ses membres voulût bien se transporter à Clermont pour assister à la récolte : 1° du suc de la tige de laitue, le lactucarium ; 2° à celle du suc des capsules de pavots, l'opium. Chargé par la Société d'encouragement d'aller étudier les opérations exécutées par M. Aubergier, M. Chevallier fait connaître dans cette note les faits qu'il a observés.

Après avoir exposé les procédés de M. Aubergier qui devront faire l'objet d'un rapport spécial à l'Académie, M. Chevallier termine cette notice en signalant la nécessité qu'il y aurait, dans l'intérêt de la pratique médicale, de n'employer pour la préparation des médicaments opiacés que de l'opium titré, afin que le médecin pût compter sur la valeur du médicament qu'il prescrit. Il pense que des mesures d'un haut intérêt pourraient être prises dans un but d'intérêt général ; elles consisteraient :

1° A établir que tous les médicaments opiacés seront préparés avec de l'opium contenant de 9 à 10 p. 100 de morphine ;

2° A demander au ministre du commerce que l'opium ne puisse être livré au commerce qu'après que l'essai chimique en aura été fait, de manière à ce que la quantité de morphine qu'il contient puisse être accusée à l'acheteur.

M. Boullay pense qu'il serait utile, au lieu de se borner à apprécier la quantité de morphine contenue dans l'opium, de faire une analyse comparée complète de l'opium indigène et de l'opium exotique et de tous les éléments qui entrent dans leur composition ; car la morphine n'est pas le seul principe actif que renferme l'opium ; la preuve, c'est qu'elle n'a pas une action sur l'économie de beaucoup supérieure à l'opium lui-même.

M. Chevallier croit que c'est plutôt par l'expérience clinique que par les analyses comparées qu'on pourra apprécier l'action des différents opiums.

M. Caventou : Il y aura un point à éclaircir lorsque M. Aubergier aura envoyé à l'Académie ses échantillons. J'ai remarqué que dans les opiums indigènes il y a un principe qui manque généralement, c'est la narcotine. Or on sait, d'après les expériences de M. Orfila, que la narcotine a une action narcotique, stupéfiante, très active ou nulle suivant la nature du dissolvant. Il est nécessaire de joindre les expériences cliniques aux analyses chimiques.

M. Orfila rappelle, à l'appui de l'observation de M. Boullay, qu'il a déterminé l'action toxique des trois principes que renferme l'opium : la morphine, la narcotine et la codéine, et que chacune de ces substances lui a paru également susceptible de donner la mort.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tubercule du testicule.

Traitement des ulcères tuberculeux du testicule par une opération nouvelle.

M. Ricord déclare, en commençant, vouloir répondre à deux reproches qui lui ont été adressés par M. Malgaigne : 1° d'avoir voulu lui ravir la découverte, la *révélation* d'une maladie nouvelle, d'un nouveau fongus qu'il a dénommé tuberculeux ; 2° de lui avoir contesté l'invention et l'utilité d'une opération que nul autre n'avait pratiquée avant lui.

M. Ricord avait dit, dans sa première argumentation, que la maladie décrite par M. Malgaigne n'était pas nouvelle ; que tous ceux qui ont vu suppurer des testicules et la suppuration persister, l'ont forcément constatée ; que, lorsque des fongosités se montrent à l'extérieur, il n'y a pas moyen de ne pas les voir et de ne pas les appeler de leur nom ; que, lorsque ce sont des fistules qui persistent et qui ne cèdent pas aux

moyens ordinaires, tous les chirurgiens savent que cela tient à des altérations des tissus, à des épaississements des parois, à des indurations, à des végétations plus ou moins fongueuses, etc., altérations que l'on trouve dans différentes régions avec les mêmes caractères. Cette manière de voir, dit M. Ricord, je la soutiens aujourd'hui plus que jamais. La seule différence qu'il y ait entre M. Malgaigne et les autres chirurgiens, c'est que ceux-ci n'ont pas vu dans ces altérations du tissu le fongus spécial qu'on nous a *révélé*, mais bien des fongosités tellement ordinaires, que personne n'a cru devoir en faire une espèce à part... Je me trompe, car les auteurs anglais que l'on a si souvent cités dans cette discussion, et Curling en particulier, en parlant des fongus bénins, indiquent la fonte, la suppuration des tubercules, comme une cause de la production du fongus granuleux, de la hernie des vaisseaux séminifères. M. Malgaigne dira-t-il qu'il s'agit là seulement de la hernie du parenchyme testiculaire et non de son fongus ? Mais d'abord M. Malgaigne n'a pas prouvé, et il aurait beaucoup de peine à le faire, que des tubercules venant à suppurer dans le testicule, et à rompre la tunique albuginée, doivent régulièrement et fatalement n'agir que de deux manières : ou bien pour ne produire que la hernie testiculaire, ou bien pour ne donner lieu qu'à un fongus, quoique les digues des vaisseaux séminifères soient rompues, dans tous les cas. Si déjà, par le simple raisonnement, on peut concevoir que, dans un grand nombre de circonstances, le fongus doit être mixte, c'est-à-dire composé de fongosités ordinaires, suite de la suppuration et des altérations du foyer, et des vaisseaux séminifères englobés et compromis dans cette suppuration, l'anatomie pathologique est venue démontrer que, dans ce que les anglais ont appelé le fongus granuleux, il y avait autre chose que des vaisseaux séminifères. Les tumeurs décrites par Curling, ainsi que celles dont M. Jarjavay a fait connaître l'histoire, ne peuvent être considérées comme de simples hernies du parenchyme séminal ; ce sont des tumeurs, des fongus mixtes dans lesquels on n'a fait attention qu'à l'élément accidentellement entraîné par la maladie réelle et alors faussement dénommée ; car la véritable hernie séminale ne peut exister que dans les cas où la tunique détruite, laisse échapper simplement la substance du testicule, comme cela pourra arriver après l'opération de notre collègue.

Que M. Malgaigne ne dise pas que les fongus mixtes, formés de lymphe jaune ou autre, et de vaisseaux séminaux dont il ne peut nier l'existence ni la description, ne sont pas encore ses fongus tuberculeux ; il n'est plus en droit de tenir ce langage, puisqu'il a dit, dans cette enceinte, qu'il n'y avait aucun moyen de différencier les nombreuses maladies du testicule, soit par leur étiologie, soit par leur siége, soit par leur mode d'évolution, de propagation, de complications sympto-

matiques, de marche, de terminaison, et souvent d'influence médicamenteuse ; puisque même il abandonne les deux signes auxquels il s'était arrêté (forme tuberculeuse et suppuration) et que, dans l'anatomie pathologique faite au bistouri ou au microscope, tout doit être confondu ; inflammation simple de cause traumatique ou d'autres causes, épididymite blennorrhagique suppurée à l'état aigu ou chronique, affection strumeuse, tuberculeuse, affection syphilitique, tout cela est absolument la même chose et impossible à différencier au lit du malade ou sur la table de l'amphithéâtre.

Ce n'est pas là le véritable état de la science, M. Malgaigne ne pourra pas plus établir cette confusion dans les bourses qu'il ne pourrait le faire dans la poitrine, et dire qu'il est impossible d'y reconnaître la phthisie pulmonaire, que tous les tubercules du poumon peuvent être aussi produits par la syphilis ou être confondus avec toutes les autres lésions.

M. Ricord, après avoir cherché à démontrer le peu de solidité des bases étiologiques sur lesquelles M. Malgaigne établit la nature tuberculeuse de son fongus, conteste qu'il soit arrivé à l'instituer à l'aide de caractères distinctifs évidents. Puis, arrivant à l'opération elle-même, il rappelle ce qu'il avait déjà dit dans sa première argumentation, que l'opération de M. Malgaigne avait déjà été faite, et qu'il n'en a par conséquent pas la priorité, ce dont il est convenu lui-même en enregistrant les cas qu'on lui a cités, comme prouvant qu'il avait eu raison de la renouveler ; que son procédé était vulgaire, c'est-à-dire du domaine de la chirurgie ordinaire ; que cette opération était le plus souvent inutile, ce dont M. Malgaigne est convenu lui-même, les cas où l'on peut la pratiquer étant, de son propre aveu, les plus rares.

Cependant cette opération, souvent inutile, peut encore être nuisible, suivant M. Ricord, et aider à détruire ce qu'on veut conserver, en emportant des cloisons de nouvelle formation, destinées à remplacer jusqu'à un certain point, la tunique albuginée, à maintenir la substance du testicule restée saine, et empêcher la formation consécutive d'une hernie des vaisseaux séminifères.

Enfin en supposant qu'à la suite de cette amputation partielle de la maladie, il reste une portion du testicule, cette portion ne lui servira probablement pas plus qu'avant l'opération.

M. Malgaigne, dit en terminant M. Ricord, m'a accusé de faire de la physiologie d'imagination et de fantaisie, lorsque je n'ai pas voulu accepter la comparaison qu'il fait d'un homme sans canal déférent avec un homme complet qui ne vide pas ses vésicules séminales. J'ai dit que je croyais que c'était dans ces derniers organes que le sperme devait exercer sa plus grande influence, exciter les désirs vénériens et donner

l'envie d'une évacuation ; que ce n'étaient pas les reins qui amenaient le besoin d'uriner, mais bien l'accumulation de l'urine dans la vessie. Mais, d'après M. Malgaigne et les expériences qu'il a citées, le testicule serait d'autant plus volumineux qu'il serait privé de son canal excréteur, et M. Malgaigne croit que, dans tous les cas, c'est une preuve de bonne santé. Dans la rétention d'urine, les uretères se détendent comme peut le faire le canal déférent ; les bassinets et les calices se développent, et les reins se gonflent tout en continuant à sécréter de l'urine ; mais cela ne prouve pas qu'ils se portent bien. Qu'il n'y ait pas les mêmes dangers pour le testicule, c'est possible, c'est probable même ; mais ce que je conteste, ce sont les conclusions opposées et exagérées qu'on a voulu tirer, et que ne justifient ni le chien d'A. Cooper ni le chat de Curling ; car au chien de Cooper j'oppose mes deux castrats, et au chat de Curling mon chat qu'on avait voulu rendre sédentaire par la castration, et qui est devenu beau, gras et bien fourré comme tous les castrats de sa race. Cette mutilation ne l'a pas empêché de continuer sa vie errante et d'acquérir une très mauvaise réputation dans la maison. Au temps des amours, c'est en effet un des plus tapageurs. Maintenant ce qu'il fait aux chattes, je ne saurais vous le dire ; il se peut que ce ne soient que des compliments. (Hilarité générale et prolongée.)

M. Velpeau pense qu'il est nécessaire, avant de rien conclure de cette discussion, de la replacer sur son véritable terrain, d'où elle a été si souvent déplacée qu'on ne sait plus bien au juste aujourd'hui ce dont il s'agit. Toute la question roule sur l'utilité de l'opération proposée par M. Malgaigne pour le fongus tuberculeux du testicule. La question, renfermée dans ce cercle, lui paraît facile à résoudre. D'une part, les observations rapportées dans le mémoire de M. Malgaigne ne prouvent pas qu'il ait eu raison d'imaginer cette opération, car il n'y en a eu qu'une seule où il se soit réellement agi d'un tubercule du testicule. Or un seul cas ne suffit pas pour établir l'utilité d'une opération.

D'un autre côté, les réponses qui ont été faites à ses objections n'en ont en rien atténué la valeur.

Après avoir réfuté quelques-unes des observations de Malgaigne relativement à ce qu'il avait avancé sur la curabilité des tubercules du testicule, M. Velpeau résume son opinion en ces termes :

Lorsque le testicule est le siége de plusieurs tubercules agglomérés, en état de fonte suppurante, avec des fistules, des clapiers, en un mot qu'il y a désorganisation imminente ou plus ou moins avancée déjà du testicule, dans ce cas il est évident qu'il faut opérer ; mais il n'y a qu'une seule opération possible alors : c'est l'amputation totale, la castration. Ce n'est pas évidemment à ces cas que M. Malgaigne prétend appliquer son opération. Mais il est d'autres cas où il n'y a qu'un seul tubercule

ou un groupe de deux ou trois petits tubercules seulement, le reste du testicule étant sain d'ailleurs et l'économie exempte de toute lésion analogue. Eh bien ! ces cas-là guérissent par le bénéfice du temps et à l'aide des soins ordinaires de la chirurgie. Dans ces cas-là, l'opération de M. Malgaigne est inutile.

Quant aux fongus du testicule, il y en a de plusieurs espèces : plusieurs de ces fongus ne sont point des tubercules, et il faut les élaguer comme étant hors de la question. Parmi ces diverses espèces de fongus, il en est où l'on trouve, au fond d'une fistule ou d'un clapier, une espèce de bosselure anfractueuse, d'un rouge grisâtre, d'une apparence et d'une consistance fongueuses. J'ai cru comprendre que c'était là le fongus tuberculeux de M. Malgaigne, celui auquel il propose d'appliquer plus particulièrement son opération. Eh bien ! pour ces fongus-là, l'opération de M. Malgaigne serait dangereuse.

En résumé, l'opération proposée par M. Malgaigne n'est possible que dans les cas où elle n'est point nécessaire, et, dans les autres cas, elle est insuffisante ou dangereuse.

La discussion est close.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Épidémie de suette miliaire de 1849.

M. Jules Guérin lit un rapport sur la suette miliaire que nous reproduisons textuellement.

M. Bally demande la parole. Étant à Beaumont, dit-il, à l'époque où régnait une épidémie de suette, j'ai eu l'idée de pratiquer une inoculation. L'inoculation a eu pour effet de produire une affection qui a présenté toutes les phases de la maladie qui régnait alors. Ce fait que je crois unique dans la science est consigné dans le quatorzième volume des mémoires de l'Académie de médecine.

M. J. Guérin : Je ne me suis point occupé, dans le rapport, de la question de contagion que j'ai cru devoir réserver faute d'éléments suffisants pour la résoudre. Je dirai cependant que d'autres médecins ont fait des tentatives d'inoculation qui n'ont produit aucun résultat. Je n'ai point fait intervenir ces faits dans le rapport, ayant, je le répète, négligé à dessein tout ce qui a trait à la question de contagion.

M. Londe : Je demanderai à M. Bally ce qu'il a inoculé.

M. Bally : J'ai pris avec une lancette le liquide contenu dans une vésicule, et c'est ce liquide que j'ai inoculé à la personne qui avait bien voulu se soumettre à cette expérience.

M. Honoré : Je demanderai à faire une observation sur un seul point du

beau rapport que nous venons d'entendre. Il m'a semblé que M. le rapporteur examinait la question de savoir si l'ipécacuanha pouvait être considéré comme un spécifique de la suette. C'est là un fait pratique qui me paraît avoir été mal interprété, non pas par M. le rapporteur, mais par l'un des auteurs des mémoires qui font l'objet du rapport. Il y a très fréquemment des symptômes d'embarras gastrique dans la suette. Si l'ipécacuanha agit efficacement dans la suette, cela me paraît bien plutôt devoir être attribué à ce qu'il débarrasse la maladie de cette complication, qu'à une action spéciale directe qu'il exercerait sur la maladie elle-même.

M. Clot-Bey : Quand M. Bally a fait l'expérience d'inoculation dont il vient d'entretenir l'Académie, la suette régnait-elle d'une manière épidémique ?

M. Bally répond affirmativement.

M. Clot-Bey : En ce cas, son expérience n'a aucune valeur.

M. Delportes : Si j'ai bien entendu, la suette serait considérée par M. le rapporteur comme une maladie de nature septique. Je ne comprends pas une maladie septique qui guérit par l'ipécacuanha. Comment expliquerait-on que l'ipécacuanha fait cesser la septicité? Je n'ai pas entendu que M. le rapporteur ait parlé de complications. Cependant les complications sont fréquentes dans la suette ; j'ai vu souvent survenir dans le cours de cette maladie des engorgements considérables du poumon. Comment dès lors M. Guérin a-t-il pu proscrire du traitement de la suette la saignée qui est le seul remède à opposer à ces congestions. Il en est de même de l'oppression et de quelques symptômes qui ne cèdent d'ordinaire qu'à une application de sangsues à l'anus.

M. J. Guérin : M. Clot-Bey a fait observer que la circonstance de l'épidémicité diminuait l'importance du fait rapporté par M. Bally. Je répondrai ce que M. Bally eût pu répondre lui-même, que la présence d'une épidémie n'empêche pas de constater les effets de l'inoculation lorsque celle-ci est faite au milieu de circonstances et dans des conditions propres à en rendre les résultats manifestes. Ainsi dans l'une des tentatives d'inoculation qui ont été faites, il s'est produit une éruption qui est restée circonscrite au membre inoculé. Je ne crois pas que dans ce cas on puisse contester la validité de l'expérience.

M. Honoré a cru entendre que je considérais l'ipécacuanha comme un spécifique de la suette. Ça n'a pas été là ma pensée. J'ai dit que l'ipécacuanha pouvait être considéré en quelque sorte comme un spécifique, à raison de la constance des résultats qu'il a produits. Pour dire qu'un remède est spécifique, il faudrait connaître le rapport de la cause de la maladie avec le mode d'action du remède. Or nous ignorons l'un et l'autre de ces deux termes. En l'absence de cette notion, je n'ai pas pu dire d'une

manière absolue que l'ipécacuanha fut le spécifique de la suette, j'ai voulu constater ce fait seulement qu'il avait constamment produit la guérison.

M. Delportes a parlé de la fréquence des congestions inflammatoires dans la suette. En fait d'épidémies, il ne faut pas s'en tenir aux apparences symptomatiques qui ne sont le plus souvent que des produits particuliers de la cause épidémique. C'est ici le cas de rappeler cet aphorisme d'Hippocrate : *Naturam morborum ostendit curatio.* Il ne faudrait pas croire que les formes inflammatoires réclament toujours les saignées. Les partisans déclarés de la saignée eux mêmes ont été obligés de reconnaître qu'elle avait pour effet de produire le collapsus et de donner lieu à de longues convalescences.

M. Moreau : Je crois qu'il ne faut pas dire que dans une épidémie un médicament guérit toujours. Chaque épidémie a son génie particulier. De ce que l'ipécacuanha a réussi dans celle-ci, ce n'est pas une raison de croire qu'il réussira dans une autre. Ne voyons-nous pas des épidémies de fièvres puerpérales guéries à une époque par tel ou tel remède, tantôt par l'ipécacuanha, tantôt par la saignée ou par les frictions mercurielles, tandis qu'à d'autres époques elles sont rebelles à l'emploi des mêmes moyens ? Il faut, en pareille matière, mettre en pratique l'éclectisme ; on ne doit jamais dire *à priori* : Il faudra employer tel médicament plutôt que tel autre. Il faut se borner à dire dans telle épidémie tel moyen a réussi, sans préjuger son efficacité pour l'avenir. Agir autrement paraît peu philosophique.

M. Guérin : M. Moreau ne m'a sans doute pas entendu, car il aurait vu que j'ai fait précisément toutes les réserves qu'il indique. J'ai positivement dit dans le rapport qu'il serait indispensable d'expérimenter, dans une prochaine épidémie de suette, l'usage de l'ipéca pour conclure rigoureusement du fait actuel au fait à venir. Quant à ce mélange de médications auquel M. Moreau croit pouvoir attribuer les mérites de la guérison, je crois qu'il convient de ne pas se laisser abuser par cette apparence d'éclectisme : beaucoup de remèdes guérissent seulement parce que la force de la nature guérit malgré leur emploi. Il faut savoir faire deux parts dans l'appréciation des méthodes curatives : celle de la médication, celle de la nature ; c'est souvent cette dernière qui fait tous les frais de l'efficacité présumée de la première. Du reste, les maladies épidémiques, en raison du caractère absolu de leur cause, s'accommodent mal de la variabilité des méthodes : le remède, quand il mérite ce nom, doit être un comme la maladie.

M. Delportes revient sur la nécessité de tenir compte des complications. J'ai été témoin de beaucoup d'épidémies, dit-il, et dans quelle épidémie n'avons-nous pas vu qu'il fût souvent nécessaire d'employer des traite-

ments particuliers contre certaines complications et de mettre momentanément de côté la médication principale.

M. J. Guérin : M. Delportes confond deux choses, l'opinion du rapporteur et celle des auteurs dont il a eu à analyser les mémoires. Il s'agit d'ailleurs ici d'une question de fait ; et je me suis borné au rôle d'historien lorsque j'ai dit que l'ipécacuanha a guéri toujours, tandis que les saignées ont eu des résultats désastreux.

La discussion étant épuisée, les conclusions du rapports sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Pemphigus des nouveau-nés.

M. P. Dubois : Messieurs, j'ai demandé la parole pour communiquer à l'Académie l'observation d'un cas pathologique qui m'a paru digne de son attention, et qui se rattache d'ailleurs à des débats récents et qu'elle a suivis avec beaucoup d'intérêt.

Vous vous rappelez qu'à l'occasion d'un rapport de notre collègue M. Cazeaux, sur un mémoire de M. Depaul, une discussion s'éleva relativement à quelques altérations pathologiques, soit viscérales, soit cutanées, observées chez des enfants nouveau-nés, et que deux opinions contraires se produisirent, eu égard à l'origine de ces altérations. Selon l'une de ces opinions, les lésions que je viens de rappeler devraient être considérées dans la plupart des cas, et surtout quand elles se présentent avec certains caractères, comme le résultat d'une infection syphilitique transmise aux enfants par le père ou la mère ; c'est cette opinion que j'ai soutenue.

Selon l'autre opinion, défendue par M. Cazeaux, l'origine syphilitique de ces lésions serait non-seulement très problématique, car les faits invoqués en sa faveur n'auraient rien de concluant, mais la réalité même de cette origine aurait été absolument rejetée par plusieurs observateurs distingués. Telles ont été les deux opinions exposées devant vous et qui sont restées en présence.

Cependant la presse médicale ayant pris une part très légitime et très utile à cette discussion, et l'attentiou des praticiens ayant été éveillée sur ce sujet, des faits nouveaux relatifs surtout au pemphigus congénial ont été publiés. Si je ne m'abuse, ces faits sont plutôt de nature à corroborer qu'à infirmer l'opinion que j'ai soutenue.

Quoi qu'il en soit, c'est un exemple remarquable de l'une de ces affections que je viens soumettre à l'attention de l'Académie, parce qu'il s'est rencontré dans des circonstances qui me paraissent très propres,

sinon à résoudre définitivement la question controuvée, du moins à ébranler les doutes consciencieux qui peuvent rester encore dans quelques esprits.

Une jeune femme de 19 ans se présenta à la clinique d'accouchement le 22 juin dernier pour y être admise ; elle était alors enceinte de sept mois environ. Dix-huit mois auparavant nous l'y avions déjà reçue et elle y était accouchée d'un enfant vivant et bien portant, mais qui succomba un mois après à une inflammation gastro-intestinale. Cette fois elle demandait à être admise quelque temps avant l'époque à laquelle les admissions ont lieu en général, parce qu'elle était souffrante. Elle me fit voir, en effet, une plaie qui occupait la partie moyenne de la lèvre inférieure ; j'appris que cette plaie datait de deux mois et que des moyens divers avaient été déjà infructueusement employés pour la guérir. Comme conséquence naturelle de cette lésion je remarquai l'engorgement de l'un des ganglions sous-maxillaires du côté droit, circonstance que je rappellerai dans un instant.

En poursuivant cet examen, je reconnus qu'elle avait perdu depuis quelque temps une partie de ses cheveux et de ses sourcils, qu'un impetigo très abondant était développé sur le cuir chevelu, et que plusieurs ganglions cervicaux postérieurs étaient tuméfiés et douloureux.

Lorsque cette jeune femme eut été placée dans un lit, il me fut possible d'ajouter aux phénomènes précédents et déjà très significatifs, une roséole qui couvrait une grande partie du tronc et des membres, une pustule d'ecthyma à sa dernière période et mêlée aux taches de la roséole, enfin des plaques muqueuses à la vulve.

Cela se passait quelques jours après la lecture du rapport de M. Cazeaux, travail dans lequel mon opinion sur l'origine ordinairement syphilitique du pemphigus congénial avait été combattue. J'eus la pensée, en apparence très peu fondée alors, que ce cas qui s'offrait à moi, d'une femme enceinte et atteinte d'une syphilis constitutionnelle pourrait répandre plus tard quelque lumière sur la question des manifestations syphilitiques chez les nouveau-nés. En conséquence, pour ajouter à mon témoignage, s'il y avait lieu ultérieurement, l'autorité d'une expérience plus grande que la mienne en cette matière, je crus qu'il conviendrait que la malade fût soumise à l'observation d'un juge très-compétent, et je priai M. Ricord de l'examiner. Notre collègue accéda à ma demande avec sa bienveillance habituelle, et il se rendit à la clinique d'accouchements. Là, un élève de service présent à son examen inscrivit sous sa dictée, et à mesure qu'il les constatait, chacune des lésions que j'ai indiquées, et pour que son diagnostic fût très net et ne donnât lieu à aucune équivoque, il le résuma en ces quelques mots : « Cette femme est en pleine vérole. » J'avais également désiré que M. Ricord exprimât

son opinion quant à l'époque probable du début de la syphilis chez cette malade. Elle m'avait assuré que six mois auparavant un bouton s'était manifesté sur l'une des grandes lèvres et s'y était maintenu pendant assez longtemps ; j'en avais conclu que cette lésion avait été l'accident primitif et le point de départ des accidents ultérieurs.

M. Ricord pensa au contraire que la plaie de la lèvre inférieure avait été l'accident primitif et l'origine de toutes les manifestations subséquentes. Cette plaie avait constitué un chancre, maintenant à l'état de réparation, et se transformant sur place en plaque muqueuse. Enfin, notre collègue présuma aussi que le fœtus était infecté déjà, s'il devait l'être, et qu'un traitement antivénérien serait très probablement sans résultat. Je crus donc devoir me conformer à cette indication, et aucun traitement spécial ne fut commencé. Cependant, la malade s'étant plainte quelques jours après d'une céphalalgie nocturne extrêmement douloureuse, une angine pharyngienne et une inflammation catarrhale de la membrane pituitaire s'étant manifestées, j'eus la crainte que notre inaction prolongée ne lui fût préjudiciable, et je lui prescrivis du protoïodure de mercure à une dose très modérée; malheureusement, une diarrhée abondante et très pénible se déclara presque au début du traitement. Je crus donc prudent de suspendre l'usage de toute préparation mercurielle, et d'y substituer une médication propre à calmer l'indisposition nouvelle qui s'était déclarée. Celle-ci persista malgré les remèdes, le temps s'écoula, et la malade parvint à une époque rapprochée du terme de sa grossesse, sans qu'il eût été possible de reprendre le traitement antivénérien. Les douleurs puerpérales se déclarèrent le 7 août, et l'accouchement eut lieu spontanément dans la soirée.

Un intérêt trop évident s'attachait à l'examen du nouveau-né pour qu'il ne fût pas fait avec le plus grand soin. Il pesait 2,500 grammes, sa longueur totale était de 45 centimètres, évidemment le poids et la taille de cet enfant étaient inférieurs aux poids et à la taille de la plupart des enfants nouveau-nés; cette infériorité, ajoutée à l'époque de sa naissance qui était antérieure à celle que nous avions présumée, ne permettait guère de douter qu'il ne fût né prématurément. Néanmoins il était bien conformé, très vivace, et son embonpoint était tout à fait en rapport avec ses dimensions. Au premier abord il ne paraissait pas avoir souffert du mal dont sa mère était si manifestement affectée, mais en en examinant la surface extérieure du corps, je fus frappé de la présence de plusieurs taches arrondies d'un rouge uniforme et bien circonscrites.

L'une était placée à la face plantaire du pied gauche, une autre occupait toute l'extrémité libre du gros orteil du même pied, une troisième était développée sur le côté externe du talon droit; la surface de ces taches était unie et l'épiderme ne paraissait avoir subi aucun soulève-

ment. Le lendemain de ce jour apparurent d'autres taches semblables, l'une sur la face antérieure du petit doigt de la main gauche, l'autre à la face palmaire de la même main près du bord cubital. Le troisième jour, une autre tache plus grande que ces dernières, apparut au-dessus de la malléole du pied gauche, enfin, deux autres taches plus petites, mais très-apparentes, se montrèrent sur la face plantaire du pied gauche; pendant que ces éruptions successives se manifestèrent, le centre des deux premières taches prenait graduellement une teinte, d'abord blanche, puis jaune, l'épiderme se soulevait, et le septième jour après la naissance ce soulèvement et la présence d'un liquide séro-purulent sous l'épiderme étaient inconstestables. Les taches originelles n'avaient été que le premier degré des bulles de pemphigus. Cependant, quoique atteint de lésions qui, par leur nombre très restreint et leur peu d'étendue, devaient paraître inoffensives, l'enfant atteint sans aucun doute d'un mal plus profond, s'était peu à peu affaibli; il ne put bientôt plus prendre le sein de sa mère, qui l'avait d'abord allaité, une nourrice lui vint en aide, et cet enfant fut entouré de tous les soins et de tous les moyens d'alimentation que les meilleures conditions de fortune auraient pu lui fournir. Sa santé continua de s'altérer néanmoins, et lorsque je l'envoyai chez notre collègue M. Ricord, afin qu'ayant constaté l'état de la mère il pût constater l'état de l'enfant, il expira dans son salon. M. Ricord voulut bien examiner ce petit corps inanimé, et il me fit part en ces termes du résultat de son examen : « L'enfant qui a succombé « chez moi pendant que sa mère m'attendait m'a présenté une plaque « siégeant au côté externe du talon gauche; cette plaque, parfaitement « arrondie, de la grandeur d'une pièce de 25 centimes, grise, entourée « d'un reste d'aréole d'un rouge sombre, était formée par l'épiderme « soulevé et probablement par une matière séro-purulente peu abon- « dante et avait l'aspect d'une bulle aplatie de pemphigus. Au côté « interne de la partie inférieure de la jambe du même côté, une tache « rouge circinnée paraissait être le début d'une éruption de même na- « ture, et non encore bien caractérisée; une tache semblable existait « au talon de l'autre pied. A part cela, je n'ai trouvé chez cet enfant « aucun autre signe en rapport avec son origine syphilitique, mais il « n'avait que huit jours. »

L'autopsie fut faite dix-huit heures après la mort; la chaleur extrême de la température avait produit une altération rapide; néanmoins il fut facile de constater le soulèvement de l'épiderme sur les bulles principales, et une simple dénudation du derme; mais cette autopsie nous intéressait à un autre égard. Vous vous rappelez que l'origine de la discussion avait été un travail de M. Depaul, sur les lésions pulmonaires des nouveau-nés, altérations qu'il considérait comme des effets d'une

infection syphilitique. Or la mère du pauvre enfant, à mesure que sa santé s'altérait, avait été frappée et très-inquiète, d'accès de suffocation qui étaient devenus de plus en plus répétés et violents. Les craintes qu'elle m'avait exprimées à cet égard m'avaient fait supposer la coexistence de lésions pulmonaires et du pemphigus congénial, et la production possible d'altérations analogues à celles qui avaient été signalées par M. Depaul.

L'examen des poumons fut donc fait avec une très légitime curiosité.

Ces organes insufflés parurent pénétrés par l'air dans presque toute leur étendue, et il ne fut possible d'y découvrir aucune induration partielle. Cependant des taches brunâtres, en nombre infini, étaient disséminées sur la surface des poumons ; ces taches ayant été incisées, il fut aisé de reconnaître qu'elles étaient le résultat d'autant d'infiltrations sanguines, dont l'épaisseur était de plusieurs millimètres, dans la plupart des points, et d'un centimètre au moins dans beaucoup d'autres. Le tissu pulmonaire était imperméable partout où ces infiltrations existaient. Comme elles étaient extrêmement nombreuses, il est très permis de croire qu'elles avaient été la cause des accès de suffocation qui avaient eu lieu pendant la vie de l'enfant. Je pense qu'il est également permis de les considérer comme les premiers degrés des altérations phlegmasiques qui ont occupé une grande place dans les discussions précédentes. Elles représentaient le premier degré de ces altérations, comme les taches congéniales avaient représenté les premiers degrés du pemphigus.

Je pourrais me contenter d'avoir fait à l'Académie la communication qu'elle vient d'entendre et lui laisser le soin de l'apprécier ; elle se rappelle, en effet, sans doute, les arguments divers qui ont été invoqués pour ou contre l'origne syphilitique des affections congéniales qui ont été le sujet de la discussion précédente. Elle est, par conséquent, en mesure de donner au cas pathologique que je lui ai fait connaître, sa véritable signification. Cependant je demande à dire quelques mots encore.

Parmi les arguments qui ont été souvent produits contre l'origine syphilitique du pemphigus congénial, il en est un qui a dû particulièrement frapper les esprits, c'est que cette affection n'a été jamais, dit-on, ou presque jamais observée dans les hôpitaux destinés à recevoir des femmes atteintes de syphilis, et parmi lesquelles se trouve un certain nombre de femmes enceintes. Le prétendu pemphigus syphilitique ne serait donc pas observé précisément dans les conditions où on devrait le rencontrer le plus souvent, s'il avait réellement une origine vénérienne.

Je crois avoir déjà répondu à cette objection de manière à en détruire la valeur. Aujourd'hui il m'a paru très intéressant de prouver par un fait incontestable et presque actuel que le pemphigus peut être observé

dans des conditions pathologiques parfaitement semblables à celles dans lesquelles se trouvent les femmes qui accouchent dans les établissements hospitaliers autres que la Clinique ou l'hospice de la Maternité, et particulièrement à l'hôpital de Lourcine.

Il est une autre observation que je veux faire encore : l'enfant, dont j'ai raconté la triste et courte histoire, n'était atteint, en apparence, que d'une affection cutanée qui pouvait paraître, et qui, dans toute autre circonstance, aurait été très probablement inoffensive. Il a succombé cependant ; c'est qu'il était plus profondément affecté ; le mal dont souffrait sa mère l'avait mortellement frappé.

La manifestation extérieure était donc, au point de vue de la gravité, un mal tout à fait secondaire ; eh bien ! je crois qu'il en est toujours ainsi, même dans les cas où le pemphigus ne se borne pas à l'apparition de quelques bulles, mais offre au contraire un développement beaucoup plus considérable. C'est donc une circonstance très remarquable que la mort presque constante des enfants atteints de pemphigus congénial, c'est-à-dire l'adjonction de conditions pathologiques irrémédiables à une affection cutanée qui n'est pas ordinairement grave par elle-même ; aussi ne puis-je pas m'empêcher de considérer ce fait comme une des preuves de la nature syphilitique du pemphigus congénial et comme un de ses caractères.

J'ajouterai que, dans le cas présent, il n'a pas été possible d'attribuer la mort de l'enfant ni à sa délicatesse originelle ni aux soins insuffisants qu'il aurait reçus pendant sa courte existence ; car ces soins ont été bien supérieurs à ceux que peut donner en général la charité publique. Cette dernière observation m'est inspirée par le souvenir de l'importance que l'on a donnée, eu égard à la mort de ces enfants, à l'abandon souvent trop nul en effet dans lequel ils sont laissés lorsqu'ils sont atteints d'une maladie que l'on peut croire contagieuse.

M. Cazeaux : La discussion qui a eu lieu devant l'Académie n'aurait-elle eu pour résultat que d'attirer l'attention du monde médical sur une lésion encore peu étudiée et de solliciter de nouvelles recherches, que je m'applaudirais de l'avoir soulevée.

Quant au fait communiqué aujourd'hui par M. P. Dubois, il présente sans doute de l'intérêt, car il peut servir à l'histoire des influences que la vérole de la mère peut exercer sur la santé et la vie de l'enfant ; mais je ne vois pas vraiment quel appui peut y trouver l'opinion de notre collègue.

Je prie l'Académie de se rappeler que, dans la discussion précédente, je n'ai pas nié, et personne n'a nié dans cette enceinte, que la mort du nouveau-né pût être causée par la syphilis dont la mère était infectée. Cette funeste influence est, en effet, prouvée par un grand nombre de

faits ; mais ce qu'il s'agissait de démontrer, c'est la nature incontestablement syphilitique du pemphigus *neo-natorum* et de certaines lésions pulmonaires et thymiques. Or, sous ce rapport, je ne comprends pas l'importance que M. Dubois accorde au fait qu'il vient de nous communiquer.

Je vois bien, en effet, la syphilis de la mère constatée déjà par M. Dubois, et cela devait nous suffire ; elle l'a été encore par notre collègue M. Ricord. Elle est donc incontestable. Mais pour la nature syphilitique des lésions offertes par l'enfant, c'est autre chose.

A l'extérieur, il présente seulement trois ou quatre bulles pemphigoïdes, qui, pour le dire en passant, n'offrent même aucune des modifications par lesquelles M. Dubois a cru devoir caractériser son pemphigus syphilitique. Ces altérations sont examinées par M. Ricord, et après un examen des plus attentifs, celui-ci déclare n'y voir rien qui puisse en démontrer l'origine vénérienne.

J'espérais au moins que l'autopsie révélerait dans les organes intérieurs quelques-unes de ces lésions que M. Dubois considère comme pathognomoniques ; mais point, et l'examen, fait avec ce soin minutieux que notre collègue apporte dans toutes ses recherches, lui permet seulement de constater à la surface des poumons quelques taches ecchymotiques, une légère suffusion sanguine en quelques points très rétrécis. Or ces lésions lui suffisent pour constituer le premier degré des indurations et des collections purulentes décrites par M. Depaul dans le poumon.

En vérité, je ne peux accepter cette dernière opinion. J'ai ouvert pour ma part un assez grand nombre d'enfants, morts peu de jours après la naissance, et l'espèce d'asphyxie, la gêne au moins très grande de la respiration qui signale leur longue agonie, m'a toujours paru suffisante pour expliquer ces lésions, lésions qu'on rencontre, du reste, très fréquemment.

En résumé, chez cet enfant, les lésions cutanées n'ont aucun des caractères à l'aide desquels M. Dubois a cherché à distinguer le pemphigus syphilitique du pemphigus commun, et les altérations pulmonaires sont à peu près nulles et insignifiantes. J'avais donc raison de dire que ce fait est le moins concluant de tous ceux qui ont été produits dans la discussion.

Du reste, celle-ci n'a pas été sans fruit : des faits se sont produits, tantôt favorables, tantôt défavorables à l'opinion de M. Dubois. De nouveaux faits apparaîtront encore ; mais quelle que soit la solution réservée par l'avenir à cette importante question étiologique, la publication des idées de M. Dubois et l'opposition qu'elles ont rencontrées dans cette enceinte n'en auront pas moins servi aux progrès de la science.

M. P. Dubois : Je ne me rends pas compte des objections de M. Ca-

zeaux, et je ne sais pas assez les conditions qu'il imposerait à l'observation qu'il vient d'entendre pour qu'elle lui parût probante.

Deux circonstances dominent dans cette observation, et la caractérisent. Premièrement, une femme enceinte et atteinte de syphilis constitutionnelle. Secondement, un enfant que l'on a par avance présumé devoir être atteint, dans le sein de sa mère, de la maladie dont elle est affectée, et qui apporte en naissant les traces évidentes d'une maladie cutanée que beaucoup de pathologistes considèrent comme étant ordinairement le résultat d'une infection syphilitique. C'est une coïncidence, il est vrai, mais les doctrines étiologiques n'ont d'abord d'autres bases que des coïncidences ; seulement on exige d'elles qu'elles soient bien observées et multipliées ; relativement au premier de ces deux points, cette observation ne laisse, je crois, rien à désirer ; et quant au second, le cas présent n'est pas assurément le premier qui ait été signalé, la discussion précédente en fait foi. Notre collègue en conteste la valeur ; mais je sais bien qu'il sera toujours possible de trouver quelques ressources de raisonnement et de langage pour contester la valeur étiologique des coïncidences. Ce que je sais bien aussi, c'est qu'avec les difficultés qu'élève M. Cazeaux, il serait impossible d'édifier une doctrine étiologique quelconque, car il n'en est aucune, dans l'état actuel de la science, qui ne pût être ébranlée par les raisons que fait valoir notre collègue, si ces raisons étaient réellement sérieuses.

J'ai voulu ajouter un document nouveau aux documents déjà nombreux que la science possède, et qui serviront à résoudre la question importante de pathologie qui a soulevé cette discussion. Je crois ce document précieux, parce qu'il consiste en un fait très attentivement observé, et dont les phases ont été suivies au moins par un juge dont la compétence ne saurait être contestée.

Je veux bien que ce fait ne soit pas concluant, quoique cette concession aille au delà de ma pensée ; mais on accordera sans doute qu'il a une incontestable valeur.

M. Cazeaux : M. Dubois annonçait un fait d'une grande importance et très propre à confirmer, suivant lui, les opinions qu'il a soutenues dans la dernière discussion ; j'attendais donc un de ces faits qui ne laissent aucune place au doute. Je suis étonné, je l'avoue, de ne trouver que des lésions moins bien caractérisées que celles communiquées depuis longtemps à l'Académie, et peu propres, par conséquent, à dissiper le doute que j'ai cherché à faire naître sur leur étiologie syphilitique. Du reste, puisque M. Dubois considère lui-même son observation comme peu concluante, je n'insiste pas davantage.

M. Ricord : J'ai effectivement constaté chez la malade que M. le professeur Dubois m'a montrée une syphilis constitutionnelle des mieux

caractérisées, et au terme où cette femme était de sa grossesse, il était très probable que le fœtus serait influencé, et cela d'autant plus, qu'elle ne subissait aucun traitement.

L'enfant né de cette femme est mort peu de jours après sa naissance, et M. le professeur Dubois a eu la bonté de le soumettre à mon examen. Il m'a présenté une éruption pemphigoïde bien caractérisée, mais je n'ai trouvé aucun autre symptôme de syphilis. Celui-là pouvait-il suffire pour faire considérer cet enfant comme syphilitique?

Nous voilà donc ramenés à la question de savoir si le pemphigus des nouveau-nés est ou n'est pas syphilitique?

Je répondrai, aujourd'hui, comme je l'ai fait lors de la première discussion, qu'il est impossible de trancher cette question d'une manière absolue.

Jusqu'à présent, le pemphigus a été généralement considéré comme étant étranger à la syphilis, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant nouveau-né. Ce n'est que d'après les observations de M. Dubois, que M. Cazenave même l'admit chez ce dernier comme syphilitique.

J'ai moi-même beaucoup hésité avant d'admettre cette variété de syphilide bulleuse; c'est qu'en effet, quand on cherche dans le pemphigus réputé syphilitique, des caractères différentiels qui puissent servir à le distinguer du pemphigus vulgaire, ou n'en trouve aucun, quoi qu'on en ait dit.

Interrogez son siége particulier, son mode d'apparition, d'évolution, sa forme, son étendue, la qualité du liquide qui forme la bulle et qui soulève l'épiderme, la surface simplement vésiquée ou plus profondément érodée ou exulcérée, la coloration des surfaces malades, la durée et les terminaisons, et vous ne trouverez, je le répète, dans aucune de ces conditions, des signes ou un signe pathognomonique. Dans les différentes variétés de pemphigus vulgaire, depuis le plus éphémère jusqu'au pemphigus *diutinus*, on rencontre toutes les nuances que peut présenter le pemphigus réputé syphilitique.

Je dis donc que pour moi, d'après le résultat de mes études personnelles, et dans l'état actuel de la science, un pemphigus m'étant donné, il me serait impossible de reconnaître la cause, de la spécifier d'après l'examen seul des signes objectifs. Mais je répondrai à M. Cazeaux, et en cela je suis tout à fait de l'avis de M. Dubois, que certains accidents peuvent être syphilitiques, sans présenter dans leur physionomie un signe qui rappelle sûrement leur spécificité. Il est, en effet, d'autres lésions cutanées, incontestablement syphilitiques, qu'on a souvent beaucoup de peine à reconnaître, et pour le diagnostic desquelles on est obligé de recourir aux antécédents du malade, et souvent aux concomitants. C'est même par l'étude des antécédents et la coïncidence d'autres

accidents syphilitiques inévitables, que je me suis cru autorisé à admettre le pemphigus syphilitique des adultes, et comme M. Dubois, celui des nouveau-nés. Il ne faudrait pas, en effet, parce qu'une lésion n'offre pas, dans l'état actuel de nos connaissances, des signes différentiels, ne pas admettre qu'elle peut cependant reconnaître une cause différente de celles des lésions auxquelles elle peut ressembler, des causes différentes pouvant, en effet, produire quelquefois des effets semblables. Ainsi la syphilis peut-elle produire des effets spéciaux qui ne présenteront pas le cachet de cette spécificité? C'est possible ; mais aussi peut-elle agir à la façon des causes communes? Cela me paraît certain. Le pemphigus pourrait donc naître, comme je l'ai dit lors de la première discussion, dans l'une ou l'autre de ces circonstances, sans qu'il fût possible de déterminer rigoureusement à laquelle des deux il faut le rattacher, dans l'état actuel de la science ; état naissant, comme l'a bien dit M. Dubois, et qui laisse encore le champ ouvert à de nouvelles observations.

Ce qu'il y a de certain et ce que nous devons accepter, en remerciant notre savant collègue d'avoir appelé sur ce point l'attention, c'est que, pour le pemphigus des nouveau-nés, on peut très souvent remonter à une origine syphilitique et établir les corrélations de cause à effet, soit que cette cause ait agi spécifiquement ou non, et sous ce rapport, la dernière observation que M. le professeur Dubois vient de présenter à l'Académie, paraît offrir un grand intérêt. M. Cazeaux objecte à M. Dubois qu'on a vu plusieurs enfants naître d'une même mère et successivement affectés de pemphigus, sans qu'elle ni son mari ne fussent entachés de syphilis. Les observations de ce genre ont une valeur sans doute, car il y a des pemphigus chez les nouveau-nés qui ne reconnaissent en aucune façon la syphilis pour point de départ, c'est même le cas le plus commun chez les adultes ; mais cette valeur n'est pas aussi absolue que pourrait le penser M. Cazeaux. Il y a des choses pénibles à dire, mais quand il s'agit de questions scientifiques graves, il faut avoir le courage de les énoncer.

Il est toujours difficile de conclure à la véritable paternité, car on est malheureusement trop souvent trompé sous ce rapport ; j'ai donné des soins, avec un de mes collègues, à une dame qui a eu successivement deux enfants syphilitiques, alors qu'elle ni son mari légal n'avaient jamais été malades. — Le père seul de ces enfants était syphilitique. — Si ces enfants étaient nés avec des pemphigus, au lieu d'avoir offert après la naissance d'autres symptômes plus caractéristiques de syphilis, nous aurions très probablement méconnu leur origine.

On peut donc admettre que la syphilis peut être une cause de pemphigus dont il reste encore à déterminer la spécificité.

M. Huguier : Si j'ai bien compris notre honorable et savant collègue

M. Dubois, les chirurgiens de l'hôpital Lourcine, consultés sur la nature et la fréquence du pemphigus des jeunes enfants nés de mères syphilitiques, auraient répondu qu'ils n'avaient que très rarement ou jamais observé cette maladie. Cette réponse, que l'on prête aux chirurgiens de l'hôpital Lourcine, demande une explication. Si l'on veut dire qu'ils n'ont que très rarement ou jamais observé le pemphigus chez des enfants au moment de la naissance, c'est-à-dire au moment où ils voient le jour, ayant été atteints de cette affection dans le sein maternel, on a parfaitement raison. Je suis resté sept ans dans l'établissement en question ; chargé du service des accouchements et des nourrices, j'ai étudié celles-ci et leurs enfants avec d'autant plus de soin que déjà, dans un travail lu à l'Académie en 1840, je m'étais occupé de la syphilis chez les femmes enceintes, et je puis assurer que pendant ce laps de temps, bien que plusieurs centaines d'enfants nés de mères syphilitiques aient été soumis à mon observation, jamais je n'ai vu d'enfant vivant naître avec le pemphigus ou tout autre symptôme d'affection syphilitique; quelquefois des enfants mort-nés m'ont présenté sur les pieds et sur les main des détachements circonscrits de l'épiderme, sous lequel se trouvait un peu de sérosité, de manière à ressembler à des bulles déchirées et vidées ; mais comme le plus souvent ces enfants présentaient sur d'autres parties du corps des détachements d'épiderme plus étendus et irréguliers, qu'il existait avec cela quelques signes de putréfaction, je les ai attribués à des altérations cadavériques; on sait, en effet, que la syphilis donne fréquemment la mort aux enfants dans le sein de la mère, et qu'il arrive quelquefois que l'accouchement n'ait lieu que quinze ou vingt jours après que la vie a cessé chez le fœtus. Si, au contraire, on a voulu dire que les praticiens qui exercent dans l'hôpital spécial que nous avons cité, ont rarement observé le pemphigus chez les jeunes enfants nés de mères vénériennes, je crains que l'on se soit trompé ; pour mon compte, je puis avancer que cette affection n'est pas rare, qu'elle est peut-être la plus fréquente après les tubercules muqueux, les ecthymas, les ulcérations disséminées et l'ozène syphilitiques ; elle se manifeste ordinairement du dixième au onzième jour, plus fréquente aux pieds qu'aux mains ; il m'a également semblé, contrairement à ce que pense M. Dubois, que les bulles s'observent plus souvent sur les parties qui sont le siége de frottements et de pressions, tels les bords des pieds, la région calcanéenne, le tour des malléoles, qu'à la face plantaire, aussi les premières fois que j'observai cette lésion, en face de l'opinion des dermatologistes qui pour la plupart ne considèrent pas le pemphigus comme syphilitique, je me demandai si celui que j'observais chez ces enfants n'était pas la conséquence des pressions que les deux pieds mal enveloppés exercent l'un sur l'autre, des frottements des langes

grossiers et malpropres, souvent souillés par l'urine et les matières fécales concentrées vers l'extrémité du maillot? Cependant, en réfléchissant à la fréquence de cette affection chez ces enfants, à l'origine syphilitique de ceux-ci, à la coïncidence de ce symptôme avec d'autres expressions vénériennes, à son siége quoique plus rare aux mains, aux bons effets d'un traitement antisyphilitique bien dirigé, il resta bien démontré dans mon esprit que le pemphigus des jeunes enfants nés de parents syphilitiques peut être une des expressions symptomatiques de cette affection. De ce qu'un enfant présente peu de temps après la naissance un pemphigus plantaire ou palmaire, il ne s'ensuit pas rigoureusement que les père et mère doivent être considérés comme ayant actuellement la syphilis ou l'ayant eu à l'époque de la procréation. Quant à la coïncidence de ce symptôme avec les lésions pulmonaires qui seraient de même nature, il m'est impossible d'émettre une opinion, n'ayant pas dirigé mes recherches sur ce point.

M. P. Dubois : En faisant à l'Académie la communication qu'elle a entendue, je n'ai pas voulu renouveler une discussion à laquelle elle a consacré antérieurement plusieurs séances ; je répondrai donc seulement quelques mots à notre honorable collègue M. Ricord ; sans vouloir discuter avec un juge aussi compétent la question très-discutable cependant de la réalité des caractères pathognomoniques de la syphilis dans tous les cas, je lui rappellerai que, dans le cas présent, ces caractères devaient manquer.

Le pemphigus était, au moment où l'enfant est né, dans la première période, et chez cet enfant qui s'est rapidement affaibli, il n'y a pas eu une vitalité assez énergique, pour que l'affection cutanée parcourût toutes les phases de son évolution. S'il en eût été autrement, l'éruption se serait développée avec sa plus grande intensité à la plante des pieds et à la paume des mains, puisque ce sont les parties que le pemphigus congénial affecte avec une sorte de préférence. Ce n'est pas là, si je ne me trompe, le caractère du pemphigus simple. Sur ces parties aussi, les bulles auraient été grosses, rapprochées, confondues peut-être par leur base ; et certainement elles auraient reposé sur une peau d'une teinte bleue ou violette. Ce n'est pas non plus ainsi que se comporte le pemphigus ordinaire, dont les bulles sont à peine entourées d'une auréole d'un rose un peu plus foncé que celui de la peau.

Ce pemphigus aurait donc présenté quelques caractères que n'a pas le pemphigus commun, et on aurait tort, si je ne me trompe, de ne donner à ces différences aucune valeur dans le diagnostic. Je n'insisterai pas davantage et je terminerai par une observation générale.

La question présente de syphilographie, transportée sur le terrain où la discussion actuelle l'a placée, peut être considérée comme tout à fait

neuve. Jusqu'à présent, le développement et la symptomatologie de la syphilis n'ont été étudiés que dans les conditions de la vie extérieure, et non dans les conditions plus obscures et très différentes de la vie intra-utérine. Il n'est pas assurément déraisonnable de penser que les manifestations de la syphilis peuvent n'être pas les mêmes dans des circonstances aussi dissemblables.

On comprend dès lors qu'il est possible de se tromper, en appliquant les notions acquises relativement au développement et aux apparences de la maladie dans les premières conditions, au développement et à la marche presque inconnus encore de la maladie dans les secondes. Et ce que nous savons déjà peut justifier cette présomption. Par exemple, le pemphigus que M. Ricord a dénommé syphilitique chez l'adulte est une manifestation très rare; si l'opinion que je professe au sujet du pemphigus congénial est fondée, cette manifestation serait beaucoup plus commune chez le fœtus. Mais à cet argument, qui peut paraître reposer sur une hypothèse, je veux en ajouter un autre beaucoup plus probant.

La syphilis est très rarement mortelle chez l'adulte, et elle ne le devient même qu'après avoir parcouru ses différentes phases. On serait sans doute tenté de présumer, *à priori*, qu'il en doit être de même pour le fœtus, et ce serait une erreur profonde, car la syphilis est une des causes de mort les plus fréquentes et les plus redoutables pendant la vie intra-utérine. Cette vérité n'est que trop prouvée par la statistique des établissements destinés à recevoir des femmes enceintes et atteintes de syphilis constitutionnelle. C'est donc là une manifestation syphilitique malheureusement particulière à l'enfant dans le sein de sa mère, et qui n'appartient pas à l'adulte. Ces différences me paraissent donc devoir être prises en grande considération.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Recherches chimiques sur la matière grasse du sang veineux.

M. Gobley lit sous ce titre un travail dont il conclut :

1° Qu'il n'existe dans le sang ni acides gras libres, ni acides gras combinés ;

2° Que la sérotine est un corps complexe dont l'existence comme principe immédiat ne peut être admise ;

3° Que la composition de la matière grasse du sang est beaucoup plus simple qu'on ne le pensait ; qu'elle est formée d'oléine, de margarine, de cholestérine, de lécithine et de cérébrine ;

4° Que la cholestérine est la seule substance cristallisable de la graisse du sang ; qu'elle présente les propriétés et la composition de la cholestérine du jaune d'œuf et des calculs biliaires ;

5° Que la matière phosphorée ou lécithine n'est pas susceptible de cristalliser ; qu'elle donne pour produits de décomposition, de l'acide oléique, de l'acide margarique et de l'acide phosphoglycérique ;

6° Que la matière cérébrique ou cérébrine possède la propriété de celle que l'on rencontre dans le jaune d'œuf de poule, dans les œufs et la laitance de carpe ; qu'elle renferme de l'azote, fond à une température élevée et se gonfle dans l'eau à la manière de l'amidon ;

7° Que la matière grasse du sang, sous l'influence de la putréfaction, donne, avec la plus grande facilité, de l'acide oléique et de l'acide margarique ;

8° Que le sang de bœuf renferme les mêmes principes gras que l'on rencontre dans celui de l'homme.

(Commissaires : MM. Caventou, Chevallier et Lecanu.)

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. LOUIS.

Action de l'ipécacuanha à hautes doses.

M. Desportes lit, au nom d'une commission composée de MM. Guibourt, Pâtissier et Desportes, un rapport sur un mémoire de M. Delioux sur l'ipécacuanha employé à hautes doses.

L'auteur cherche d'abord à montrer par les expériences qui ont été faites sur les animaux, et par quelques-unes sur l'homme, quel est le caractère de l'action topique de l'ipécacuanha. Il espère ainsi prouver, contrairement à certaines opinions, que l'ipécacuanha, quelque irritation locale qu'il puisse produire, excite cependant pour l'ordinaire, quand il est ingéré dans l'estomac, des effets bien distincts, et qu'il les excite d'une manière indépendante et différente des effets locaux de son application. Les expériences que M. Delioux a répétées consistent à introduire de la poudre d'ipécacuanha dans les fosses nasales ; à placer de la même poudre sur une surface dénudée de la peau, comparant l'effet qui se produit à ce qui se passe sur une portion de peau également dénudée, mais abandonnée à elle-même ; à mettre de la poudre de la même substance sur des plaies, les unes récentes, les autres anciennes ; enfin à appliquer de la poudre d'ipécacuanha sur la conjonctive et sur la peau, ces parties étant à l'état sain. Dans toutes ces expériences, M. Delioux a vu la même chose que ses prédécesseurs ; seulement les affections locales inflammatoires qui ont été excitées lui ont paru être moins intenses qu'on ne l'avait annoncé.

M. le rapporteur pense qu'un tel résultat eût dû avertir M. Delioux que les opinions mises en jeu ne se trouvaient pas mieux prouvées, puisque, d'une part, l'irritation locale déterminée par l'ipécacuanha,

appliqué ailleurs que sur la membrane muqueuse de l'estomac, ne présentait rien de particulier et que ne pût produire un autre corps irritant; et puisque, d'autre part, la poudre d'ipécacuanha ainsi appliquée n'a pas paru donner lieu à la moindre nausée, et il exprime le regret que l'auteur n'ait pas ajouté quelque essai d'application expérimentale de la poudre d'ipécacuanha à divers points de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin, de manière que cette application différât, par son mode, de ce qui se passe dans les cas ordinaires où l'on excite le vomissement par la même substance, et qu'il n'ait pas opposé comme argument aux médecins qui ne voient dans l'action de l'ipécacuanha qu'une irritation locale substitutive de la membrane muqueuse digestive, la recherche de l'émétine dans les humeurs excrétoires ou, à l'occasion, dans les viscères.

M. Delioux, en soutenant la théorie de l'action par absorption du principe toxique ou médicamenteux de l'ipécacuanha, énonce l'opinion qu'il préfère comme vomitif l'emploi de la poudre à l'usage de la décoction ou de l'infusion, opinion que n'adopte pas et que réfute même M. le rapporteur. Il n'en est pas de même pour le traitement de la dyssenterie, dans laquelle M. Delioux recommande, au contraire, l'usage de l'infusion ou de la décoction, qui facilitent l'absorption de l'agent thérapeutique.

Enfin les observations que M. Delioux rapporte à l'appui de l'efficacité de l'ipécacuanha dans le traitement de la pneumonie ne paraissent pas suffisamment probantes à M. le rapporteur, qui reconnaît d'ailleurs, indépendamment de la difficulté même du sujet, que les circonstances dans lesquelles s'est trouvé ce médecin étaient peu favorables à la réussite de ses essais.

M. le rapporteur termine en proposant, au nom de la commission, d'encourager le zèle studieux de l'auteur par des remercîments. (Adopté.)

Nouveau mode d'application du forceps au détroit supérieur.

M. le docteur Félix Hatin, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un travail dont l'objet est d'appeler l'attention de l'Académie sur un mode particulier d'application du forceps au détroit supérieur du bassin.

Ce mode diffère du procédé commun en cela : 1° que l'on est libre de choisir la main et la branche que l'on veut placer en premier ; 2° que l'on guide les deux branches avec la même main ; 3° que l'on introduit cette main *entière* et le plus profondément possible au lieu d'en insinuer seulement les quatre doigts dans l'entrée du vagin.

Voici, selon l'auteur, quels sont les avantages attachés à ces modifications :

1° La liberté de choisir l'une ou l'autre main décharge la mémoire de tous les préceptes sur lesquels les auteurs ont fondé ce choix ; elle dispense de la nécessité de connaître préalablement la position de la tête ; enfin cette liberté du choix de la main est d'un grand avantage pour les personnes qui, n'étant pas ambidextres, ont une raison de préférer l'une à l'autre.

2° L'action de guider les deux branches avec la main abrége et simplifie l'opération. On n'a plus besoin, premièrement de retirer celle qui est introduite; secondement, de la débarrasser du sang et des mucosités dont elle revient enduite ; troisièmement, d'interrompre le travail pour graisser l'autre main ; quatrièmement et, enfin, d'engager celle-ci à son temps.

3° Mais la modification importante par excellence est celle qui consiste à plonger la main tout entière dans le bassin. Elle donne à l'opération une facilité et surtout une sécurité qu'on ne saurait obtenir avec le procédé ordinaire.

Avec les doigts insinués seulement dans la région, on atteint à peine l'orifice de l'utérus, quand la tête est au détroit supérieur, et la branche du forceps a beaucoup de tendance à s'égarer aux risques des plus graves dangers.

Avec la main introduite *tout entière*, les doigts s'interposent profondément entre les parois de l'utérus et la tête du fœtus. Ils se moulent sur cette dernière ; ils en éclairent la situation exacte et permettent de savoir positivement sur quelle région la branche du forceps va se porter. Cette branche, sûrement guidée, ne saurait plus ni s'égarer dans le fond du vagin et le contondre, ni manquer l'orifice de l'utérus et en déchirer les parois, ni enfin, restant à moitié chemin, ne saisir la tête que par l'extrémité des cuillers et les briser.

Il y a une chose remarquable encore, c'est qu'en procédant ainsi la seconde branche se place avec autant de facilité que la première.

Ainsi donc, *simplicité, facilité, sécurité*, tels sont les avantages attachés à ce mode d'application du forceps.

(Commissaires : MM. Villeneuve et Chailly.)

Emploi de l'iode.

M. Bonnafont, correspondant de l'Académie, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, lit deux observations, à l'effet de prouver l'efficacité des injections iodées contre les collections purulentes.

Dans la première de ces observations, il s'agit d'un triple abcès exis-

tant dans les fosses iliaques droite et gauche et dans le petit bassin, survenu chez un militaire du 2e régiment du génie. Un seul de ces abcès, celui de la fosse iliaque droite, a été soumis à une médication rationnelle, les deux autres ne s'étant manifestés que longtemps après et alors que le malade était déjà épuisé. M. Bonnafont, après avoir fait l'ouverture de cet abcès à l'aide d'un bistouri, et dont il donne issue autant que la position le permet au liquide contenu, a cherché à provoquer l'adhérence des parois de l'abcès à l'aide d'une compression méthodiquement faite sur la région iliaque au moyen de compresses graduées tenues en place par un bandage herniaire.

Afin d'obtenir l'évacuation plus complète du pus, M. Bonnafont a fait usage d'une sonde en argent, pareille à celle que l'auteur emploie dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache, légèrement recourbée en forme de siphon, introduite dans l'abcès et maintenue en place au moyen de petits fils passés dans les anses ; ce moyen, conjointement avec la compression, lui a permis de vider aussi complétement que possible la cavité purulente.

Des accidents étant survenus, M. Bonnafont fut obligé d'enlever l'appareil compressif, et de remplacer la sonde en argent par une sonde en gomme élastique. Le malade éprouva pour la première fois des douleurs très vives à la région lombaire, ainsi qu'à la fosse iliaque du côté opposé. Le pus de l'abcès devint fétide, sanieux et très abondant.

Afin de parer à ces symptômes fâcheux, l'auteur eut recours à des ingestions d'abord émollientes, lesquelles n'ayant provoqué aucun accident, furent remplacées par des injections iodées à la dose de 5 décigrammes d'iode sur 30 grammes d'eau distillée.

La première fois, 150 grammes de liquide furent injectés dans l'abcès; le lendemain 300 grammes, et aucun symptôme fâcheux n'étant survenu, ces injections furent continuées, en portant insensiblement la dose de la teinture jusqu'à 1 gramme par 30 grammes de liquide. Sous l'influence de cette médication, le pus perdit sa fétidité, diminua d'abondance, et tout faisait espérer une guérison lorsque, à la suite de douleurs lombaires de la région iliaque gauche, ainsi que la paralysie de la vessie et du rectum, provenant sans aucun doute d'une lésion osseuse de quelque vertèbre lombaire, le malade succomba.

A l'autopsie, M. Bonnafont trouva trois abcès : un dans la fosse iliaque droite, un second dans la fosse iliaque gauche, et enfin un troisième dans le petit bassin, lesquels provenaient de la carie des deuxième et troisième vertèbres lombaires, d'où le pus s'échappait et arrivait à chacun de ces abcès par un trajet fistuleux distinct, et n'ayant aucune communication entre eux.

Une chose qui prouve, suivant l'auteur, l'action efficace de l'iode est

celle-ci : les parois de l'abcès qui avaient été soumis au contact de cet agent thérapeutique étaient lisses, polies, et présentaient tous les caractères d'un trajet fistuleux marchant vers sa guérison. En outre, tous les tissus adjacents étaient parfaitement conservés, tandis que les abcès de la fosse iliaque gauche et du petit bassin, quoique d'une formation plus récente, avaient détruit à une profondeur considérable tous les organes circonvoisins.

M. Bonnafont termine cette observation par quelques réflexions ; tout en rendant justice aux travaux de MM. Abeille et Boinet sur l'efficacité de l'iode dans les abcès par congestion, il ne pense pas qu'il soit possible, comme le prétend M. Boinet, de faire arriver les injections iodées sur le point de l'os carié alors qu'il est éloigné de l'abcès par des trajets fistuleux plus ou moins étroits. A l'opinion de M. Boinet, qui prétend qu'en donnant à la partie cariée une position plus déclive que l'abcès, les injections peuvent toujours pénétrer jusqu'à l'os, M. Bonnafont objecte qu'un abcès par congestion n'est jamais complétement vide de pus, et que, pour peu qu'il en reste, celui-ci, en changeant la disposition des parties, viendra s'emparer de tous les trajets fistuleux et s'opposera ainsi à l'introduction et au passage de tout liquide artificiel injecté.

M. Bonnafont ajoute que, pour parvenir, comme le prétend M. Boinet, à pousser les injections iodées jusque sur le point carié avec quelque succès, cela ne peut arriver que dans les cas où l'abcès est voisin de la carie, ou bien lorsque, éloigné, son ouverture extérieure se trouve en ligne droite ou presque droite par rapport aux trajets fistuleux.

La seconde observation que M. Bonnafont a lue a trait à une tumeur enkystée et considérable, développée dans la cavité abdominale. L'ouverture en a été faite au moyen du caustique de Vienne. La suppuration abondante qui s'en écoulait, ainsi que sa fétidité, n'ont cédé qu'à l'action de l'iode employé en injections pendant cinq jours seulement, après lesquels la tumeur s'est insensiblement affaissée, et le malade est sorti complétement guéri de l'hôpital.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. LOUIS.

M. Leroy-d'Étiolles adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Lorsqu'il y a deux mois j'eus l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire contenant une série de faits relatifs à l'emploi des bougies tortillées dans les rétrécissements de l'urètre très difficile à franchir, je disais qu'un médecin étranger, exerçant à Paris, cherchait à s'approprier cette idée dans deux brochures de quelques feuillets, ayant pour titres : l'une, *Dilatation des rétrécissements par la méthode du traitement*

du docteur Philips ; l'autre, *Traité de la goutte militaire.* J'ai dédaigné et je dédaignerais encore aujourd'hui cette tentative de plagiat, si un acte récent de l'autorité, en donnant à l'auteur de ces opuscules une importance non motivée, ne m'engageait à déférer au jugement de l'Académie la question de priorité d'invention et d'application de la bougie tortillée, de la bougie coudée et de la bougie à boule qui forment la base de la méthode d'emprunt du docteur Philips.

J'ai l'honneur, etc.

Cette lettre est renvoyée à la commission du prix d'Argenteuil.

Traitement des abcès par congestion par les injections iodées.

M. le docteur Boinet présente trois malades guéris d'abcès par congestion par les injections iodées, et lit un travail sur ce sujet, dans le but de prouver l'efficacité de ces injections dans les abcès symptomatiques, ou autrement dit dans les abcès par congestion.

L'un de ces malades, que M. Boinet avait déjà présenté à l'Académie, est parfaitement guéri, et la guérison, depuis neuf mois qu'elle a été obtenue par cinq injections iodées, ne s'est pas démentie (1).

Le second malade est un enfant de 11 ans, atteint de gibbosité et guéri d'un vaste abcès par congestion depuis bientôt deux ans.

Le troisième est un homme qui a été traité dans le service de M. le professeur Velpeau. Ce malade avait un énorme abcès par congestion s'étendant à la partie supérieure, externe et postérieure de la cuisse et dans toute la région iliaque gauche, reconnaissant pour cause une carie de l'os des îles ; quatre injections iodées ont suffi pour le guérir. Ce malade est charpentier et travaille toujours de son état.

M. Boinet cite encore l'observation d'un abcès par congestion, suite d'une oxalgie guérie par ces injections dans le service de M. Maison-

(1) Ce malade est celui dont nous avons parlé dans notre dernière *Revue hebdomadaire*, comme portant encore une fistule lorsque M. Boinet l'a présenté pour la première fois à l'Académie. Nous avions été induit en erreur par les comptes-rendus des journaux qui avaient mentionné la présentation de notre confrère. Nous devons ajouter toutefois que l'extension impropre que M. Boinet donne au mot abcès par congestion doit rendre très circonspect sur la nature des résultats qu'il invoque. Ainsi le malade dont nous parlons n'avait aucun signe de carie vertébrale, du moins pas la moindre trace d'excurvation tuberculeuse. Il en est de même de la plupart de ses autres malades, dont un seul jusqu'ici aurait offert les caractères évidents du mal de Pott. Il convient donc d'attendre pour juger en fait de l'efficacité de la méthode, d'autant plus qu'en théorie, cette efficacité, qui reposerait sur la pénétration de l'injection jusqu'à la vertèbre cariée, ne paraît pas possible. (*Jules Guérin.*)

neuve, de même que l'exemple d'une malade qui lui a été confiée par M. le docteur Londe, membre de l'Académie, et enfin un autre exemple qui appartient à M. Demarquay, et qui a été observé sur une jeune fille de 11 à 12 ans.

M. Boinet rappelle ensuite que l'action de la teinture iodique est différente, et suivant qu'elle est plus ou moins concentrée et suivant la composition des tissus qui la reçoivent. Il indique les différents phénomènes observés dans ces différents cas, et jugeant par analogie, il cherche à démontrer les effets produits par ces injections sur les parois des abcès et des surfaces osseuses cariées, qui sont modifiées de telle sorte que les propriétés vitales se développent, que la partie cernée se détache en escharres superficielles, et que, réduite à l'état de nécrose, elle se sépare des portions saines de l'os, leur donne un autre mode de vitalité et les rend propres à se débarrasser des impuretés et des entraves qui s'opposent à leur retour au mode naturel dans l'état sain. Suivant M. Boinet, ces applications d'iode auraient l'avantage de changer les mauvaises qualités du pus, de rendre louable une suppuration sanieuse et fétide, de modifier avantageusement la surface des plaies et des ulcères, et de donner aux tissus cette fermeté dont ils ont toujours besoin lorsqu'ils tendent à la cautérisation, etc...

Il combat l'opinion de ceux qui pensent qu'il est impossible de faire pénétrer l'injection jusqu'au foyer générateur du pus, et pense que cette pénétration est toujours possible lorsqu'on prend toutes les précautions nécessaires pour qu'elle ait lieu, comme de placer les malades dans une position telle que le liquide iodique n'ait plus qu'à descendre, entraîné qu'il est par son propre poids. Il donne de nombreuses raisons pour démontrer ce point.

Il s'élève contre les chirurgiens qui prétendent qu'on ne peut guérir les abcès symptomatiques par ce moyen, et leur reproche de n'avoir pas employé convenablement la méthode qu'il propose, ce qui résulterait, suivant M. Boinet, de toutes les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour contre cette méthode, et les accidents qui sont survenus ont été l faute, non de la méthode, mais de ceux qui l'ont mal employée. M. Boinet ne dit pas guérir tous les abcès par congestion, mais il affirme qu'un grand nombre qui n'auraient pas guéri par le seul traitement général, guériront seulement si l'on sait employer convenablement le traitement général et le traitement local en même temps, et que ces deux traitements réunis peuvent beaucoup, que séparés ils seront souvent inefficaces. Enfin, M. Boinet termine son travail par quelques mots sur la question de priorité, qu'il soumet au jugement de l'Académie. (MM. Velpeau et Larrey sont chargés de faire un rapport sur ce travail.)

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

22. *De la curabilité de la phthisie pulmonaire*; par le docteur JAMES TURNBULL.

(London Journal of medicine.)

A l'appui de la curabilité de la phthisie pulmonaire, M. Turnbull invoque des considérations générales, anatomiques, physiologiques, etc., et des observations. Les considérations sont tirées presque toutes des auteurs qui ont écrit sur le même sujet, plus spécialement des auteurs français; nous ne nous y arrêterons pas. Les observations sont au nombre de quatre; c'est quelque chose quand il s'agit d'une maladie dont la guérison est au moins assez rare. Voyons quelle valeur il convient de leur attribuer.

Dans la première, il y avait des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, une respiration courte, de l'obscurité du son sous la clavicule droite, une véritable matité sous la gauche; sur ce même point, respiration rude et bronchique, résonnance très forte de la voix. Il n'y avait pas eu d'hémoptysie. La maladie paraissait remonter à trois mois, lors de l'entrée à l'hôpital, le 1er octobre 1849. L'observation va jusqu'au 14 décembre. La santé générale était alors meilleure; il y avait encore des douleurs sous les fausses côtes du côté gauche; mais « la présence de tubercules dans les poumons aurait pu être à peine reconnue par qui n'aurait pas vu le malade auparavant ». On n'entre dans aucun détail sur les signes plessimétriques et stéthoscopiques constatés à cette époque. Cette observation est évidemment incomplète et n'accuse d'ailleurs qu'une *amélioration* et non une guérison.

Dans le second cas, la maladie remontait à un an. Il y avait : émaciation, sueurs profuses; expectoration piriforme et fétide; craquements muqueux sous la clavicule gauche; gargouillement sous le sein du même côté. Sept jours après l'entrée du malade, à l'endroit où s'était fait entendre le gargouillement, on constate un abcès qui est ouvert les jours suivants et laisse échapper de l'air avec le pus. Cette cavité se ferme peu à peu, la poitrine se rétrécit du même côté, la santé s'améliore; on constate, au lieu d'un gargouillement, « le souffle sec de l'air traversant une cavité vide » (souffle caverneux). Le 16 février, après six mois

et demi environ de séjour à l'hôpital le malade reprit ses occupations et partit pour New-York. — Rien ne prouve qu'il se soit agi, dans ce cas, d'une véritable phthisie pulmonaire ; la nature purulente et fétide des crachats, le siège du gargouillement (au-dessous du mamelon), l'absence de lésion du côté opposé, tout nous fait penser qu'on n'a eu affaire qu'à un abcès.

Troisième cas : Maladie remontant à trente-huit jours environ. Emaciation, fièvre hectique, sueurs abondantes le jour et la nuit ; toux violente ; expectoration formée d'une manière mucoso-purulente ; poumon droit sain ; à gauche, au contraire, matité à la partie supérieure, avec gargouillement au même niveau, en avant comme en arrière ; dans le reste du poumon gauche, râles muqueux et sous-crépitants ; ceci était constaté le 2 février 1849. Dans le commencement de juillet, nouvel examen. La partie supérieure du côté gauche du thorax était encore mate, mais moins qu'autrefois ; le bruit respiratoire dur et bronchique, mêlé de râles sibilants, mais sans gargouillement. L'auteur a revu le malade peu de temps avant la publication de son travail ; l'état local n'avait pas varié. — Ainsi, comme dans la première observation, la maladie s'est améliorée, mais ne peut pas passer pour un exemple de guérison. Nous devons ajouter que, si nous sommes disposé à croire qu'il s'agissait bien ici d'une phthisie pulmonaire, nous pensons aussi que les accidents auxquels s'adressait le traitement, et qui ne remontaient guère qu'à un mois, étaient accidentels et s'ajoutaient à la phthisie. Ce sont ces accidents qui ont disparu, les tubercules sont restés.

Enfin, dans la quatrième observation, l'affection remontait à trois mois. Consomption, diarrhée, sueur, toux fréquente, ; crachats piriformes; matiné et gargouillement sous la clavicule droite. Après quarante-cinq jours de traitement, amélioration très marquée dans la santé générale ; expectoration devenue verdâtre ; presque plus de toux. La région sous-claviculaire droite est mate, très déprimée, et ne fait plus entendre qu'un souffle caverneux. — A-t-on eu affaire à une phthisie, ou, comme dans le second cas, à un abcès ? Le doute est au moins permis, et il nous paraît surtout légitimé ici par l'absence de signes locaux de tubercules dans le reste de l'appareil pulmonaire. Néanmoins, nous devons reconnaître que cette observation mérite une considération particulière.

---

23. *Sur une tumeur sanguine du col de l'utérus produite pendant le travail de l'accouchement*; par F. W. MONTGOMERY, professeur d'accouchement au collége des médecins d'Irlande.

(Dublin quarterly Journal of med.)

A la suite du travail de l'accouchement, on rencontre fréquemment des tumeurs sanguines soit sur la tête de l'enfant, soit à la vulve de la mère. Je pense avoir constaté qu'il existe une troisième espèce de thrombus digne au plus haut point de fixer l'attention des accoucheurs ; dans cette espèce l'épanchement de sang se produit dans le tissu même de l'utérus, près de son col, et plus particulièrement dans la lèvre antérieure de cet organe.

La première fois que j'ai eu occasion d'observer cette affection fut dans le cas suivant :

Le 11 mars 1850, à dix heures du soir, je fus appelé près de madame S*** qui était en travail : cette dame était mère de six enfants dont le plus jeune avait 5 ans. Dans la nuit précédente, il y avait eu de la diarrhée et un peu d'écoulement de sang par le vagin. Je trouvai le travail bien établi ; il y avait un peu d'hémorrhagie, mais très modérée. Le toucher me fit reconnaître que l'extrémité du col de l'utérus, du côté droit, formait une saillie considérable et donnait au doigt la sensation d'un corps spongieux, semblable à celle que fournirait une portion du placenta ; il me parut que c'était là le point de départ de l'hémorrhagie. La tête se présentait dans la position naturelle ; le travail progressait d'une manière favorable ; la tête en descendant vint comprimer plus fortement le col de l'utérus et la tumeur spongieuse qu'elle vida du sang qui y était contenu, l'hémorrhagie cessa pour ne plus reparaître et, à deux heures et demie du matin, madame S*** accoucha d'un enfant mâle, fort et vigoureux. La délivrance se fit dix minutes plus tard. Il ne survint ni hémorrhagie ni accident d'aucune espèce, et l'accouchée se rétablit promptement. Le mari de cette dame, qui est médecin, avait été effrayé par l'hémorrhagie. Pour s'assurer de la cause de l'écoulement de sang, il avait pratiqué le toucher et rencontré la tumeur spongieuse qu'il prit pour le placenta. Alors sérieusement inquiet, il m'avait fait appeler. Quand j'examinai la malade, je fus d'abord porté à penser que son opinion était exacte ; mais un examen plus attentif me fit reconnaître l'état réel des choses. La tumeur qui ressemblait au placenta n'était pas simplement appliquée sur la face interne de l'utérus, mais se confondait avec le tissu même de l'organe, en sorte qu'on ne pouvait insinuer l'extrémité du doigt entre ces parties, tandis qu'on pouvait le

promener sans difficulté derrière la tumeur et autour d'une partie de sa circonférence. Pour ceux qui n'ont pas eu occasion de rencontrer cette disposition des parties telle qu'elle se présenta dans ce cas, je dois ajouter que le diagnostic de l'affection exige un examen très attentif et très minutieux.

Les circonstances dans lesquelles on rencontre cette affection dans la pratique sont les suivantes : A l'époque du travail où le col de l'utérus est plus qu'à moitié dilaté, surtout si les eaux ont déjà été évacuées, on sent la lèvre antérieure se gonfler graduellement et assez promptement, devenir plus dure, plus épaisse, plus proéminente ; au lieu de s'effacer devant la tête qui la presse pour remonter ensuite au-dessus d'elle, le col continue à descendre au-devant de la tête, et l'on ne peut réussir à le repousser en arrière de celle-ci ; arrivé à ce point, le travail semble s'arrêter, et l'accouchement, qui paraissait devoir se terminer promptement, dure plusieurs heures et s'accompagne de douleurs vives et prolongées. Enfin la lèvre gonflée du col utérin diminue ; elle se reporte brusquement derrière la tête et disparaît, et il y a souvent au même moment un flot de sang d'une couleur rouge, et la tête commence à descendre rapidement. Je ne prétends pas que la lèvre tuméfiée se déchire toujours et verse au dehors le sang qu'elle contient ; mais la chose a lieu fréquemment, j'en ai la conviction.

J'ai eu récemment (10 octobre 1850) une occasion de *voir* de mes propres yeux cet état de la lèvre antérieure du col de l'utérus pendant l'accouchement : c'était chez une dame déjà mère de quatre enfants. Le travail marchait bien ; après la rupture de la poche des eaux, les douleurs devinrent vives : la lèvre antérieure du col commença à se gonfler, et immédiatement il y eut arrêt dans les progrès du travail malgré que les douleurs continuassent à être vives et rapprochées ; mais le col gonflé faisait résistance au passage de la tête qui ne put le franchir ; il continua à être poussé en bas, et à chaque douleur on le voyait faire saillie au-dessous de l'arcade du pubis où il paraissait sous la forme d'une tumeur d'un rouge foncé semblable à celle de la gelée de grosseille un peu brunie au feu. Tout à coup cette tumeur disparut et il s'écoula une once ou deux de sang rouge et vif ; immédiatement les douleurs furent suivies d'un effet plus marqué, et le travail fut bientôt heureusement terminé. Cette dame se rétablit sans accident.

Cet accident n'a-t-il d'autre inconvénient que de retarder le terme de l'accouchement et d'augmenter les souffrances qui

l'accompagnent, ou peut-il avoir des résultats fâcheux ? Ce sont là deux questions qu'il importe de résoudre.

Si j'en jugeais par mon expérience seule, je serais tenu de dire que je n'ai jamais vu les thrombus internes ni externes produire des accidents mortels ; mais l'expérience et les observations d'autres accoucheurs ont montré que la rupture de tumeurs sanguines, quel qu'en fût le siége, pouvaient déterminer de graves accidents et amener même la mort. Dans un cas récemment présenté à la société obstétricale de Dublin par le docteur G. Johnston, et où j'ai pu examiner l'utérus après la mort, il m'a paru que la terminaison fatale avait été le résultat d'un thrombus du col de la matrice. C'est donc là un de ces accidents imprévus, mais pleins de périls, contre lesquels la prudence du praticien doit se tenir en garde.

Au mois de juillet dernier, j'ai vu un cas dans lequel j'ai toute raison de croire qu'il s'agissait d'un fait de ce genre. Une dame, affectée de varices des veines de tout le membre inférieur et même du vagin, accoucha naturellement et heureusement à minuit ; mais, au bout de quelques instants, il survint un flot de sang effrayant : l'utérus était bien et complétement contracté. L'hémorrhagie fut si rapide et si abondante qu'il y eut prostration immédiate, et quand je la vis, cette dame était froide et sans pouls ; l'absence du pouls dura pendant six heures et demie, et pendant ce temps, on ne pouvait ni entendre, ni sentir les battements du cœur. L'utérus resta fortement contracté, mais la lèvre antérieure semblait, au doigt qui l'explorait, molle et déchirée ; je pense qu'il y avait là un thrombus qui avait été rompu. L'accouchée finit par se rétablir complétement.

Je pense que la formation d'un thrombus à l'orifice de l'utérus ou près de cet orifice, et l'ouverture de quelque vaisseau d'un certain volume dans la cavité ainsi formée est très-souvent la cause réelle de ces hémorrhagies qu'on voit survenir après l'accouchement ou après la délivrance dans des cas où l'utérus est bien contracté. Il faut se rappeler, au reste, que le point où se forment ces collections de sang est justement le point où le pouvoir contractile de l'utérus est le plus faible et où l'on rencontre les vaisseaux les plus volumineux qui portent le sang à l'utérus.

Il me paraît que, tout en mettant en usage tous les moyens généraux et auxiliaires d'arrêter l'hémorrhagie et de soustraire les accouchées à ses effets les plus redoutables, le moyen le plus efficace que nous ayons à notre disposition est le tamponnement du vagin, à la condition, bien entendu, de prendre toutes les

précautions convenables pour nous assurer que l'utérus ne tombe pas dans le relâchement et qu'il ne peut s'y faire une accumulation de sang.

Je ne sache pas que cette affection ait été décrite ou même signalée par aucun auteur antérieur ; seulement, je trouve dans les ouvrages de deux accoucheurs éminents deux passages qui me semblent se rapporter à notre sujet.

A la page 271 de la 5e édition de son introduction à l'*Art des accouchements*, Denman dit : « L'écoulement vaginal, qui avant le commencement du travail était incolore, se teint de sang lorsqu'il commence ; il y a même quelquefois sortie d'une petite quantité de sang pur. C'est ce qu'on appelle vulgairement *marquer*. »

Cet écoulement sanguin s'observe particulièrement à deux périodes du travail, lorsque le col commence à se dilater, et lorsqu'il est complétement ouvert. Dans le premier cas, il est produit probablement par la rupture de quelques-uns des vaisseaux qui servaient à unir les membranes de l'œuf à l'utérus; dans le second cas, il résulte de l'évacuation d'une certaine quantité de sang extravasé dans le tissu du col de l'utérus ; car, dans quelques cas, cet organe acquiert par cette cause une épaisseur considérable, indépendante de tout gonflement œdémateux ou inflammatoire.

Le docteur Burns dit à la page 460 de ses principes d'accouchement (9e édition) : « Dans le cas où le travail se prolonge, le col de l'utérus se gonfle quelquefois comme si du sang s'épanchait dans son tissu. »

Dans les cas de ce genre, l'accoucheur fera preuve de sagesse en intervenant aussi peu que possible ; en s'abstenant de faire des efforts pour porter la lèvre engorgée au-dessus de la tête; et quand la tête est descendue et est sortie, il faudra peu se hâter d'extraire le corps de l'enfant et surveiller avec plus d'attention que jamais la contraction de l'utérus et l'état de la femme ; mais nous ne pouvons, malheureusement, nous dissimuler que malgré la prudence et les soins les plus éclairés, un accident de ce genre peut mettre en danger les jours de notre malade avant que nous soyons avertis du péril qui la menace.

---

24. *Connexion des maladies de l'utérus et de celle de l'ovaire* ; par M. John Tilt.

(London Journal of medicine.)

Pourquoi, dit l'auteur, le pronostic des maladies utérines est-il plus difficile que celui des autres affections ? Pourquoi très peu de maladies de la matrice sont-elles suivies d'une réaction prononcée ? Pourquoi arrive-t-il parfois que, lorsqu'on a guéri la lésion locale apparente de la matrice, les femmes souffrent ensuite autant qu'auparavant ?.... C'est sans doute parce que les *spéculisateurs* circonscrivent trop aisément le désordre au champ limité de leur observation, qu'ils ont trop de tendance à considérer l'utérus comme un organe isolé. Aussi échouent-ils souvent dans leurs tentatives thérapeutiques ; car on ne peut guérir la matrice si l'on oublie qu'il y a à côté d'elle un organe qui la précède dans le développement de l'appareil de la reproduction, qui gouverne ses fonctions pendant toute l'existence, organe qui fréquemment participe à l'inflammation utérine et parfois en est la cause.

Cet énoncé suffit à peu près pour donner une idée des opinions que M. Tilt expose sur la coexistence fréquente des troubles de l'ovaire avec ceux de l'utérus. Mais afin de mieux prouver sa thèse, il divise les considérations qui y sont afférentes en deux ordres, selon qu'elles peuvent établir le fait de la transmission de l'inflammation de l'utérus aux ovaires, ou celui de la transmission de l'inflammation des ovaires à l'utérus.

Sans le suivre dans des développements qu'il emprunte lui-même à divers auteurs, nous rappellerons seulement qu'il invoque judicieusement à l'appui de sa thèse les exemples nombreux de ces cas où l'on voit une inflammation catarrhale de la cavité du col se propager à l'un des ovaires. Cette extension est tantôt spontanée, tantôt due à l'application sur le col d'un topique irritant ou d'une manœuvre explorative qui l'a congestionné.

Il est remarquable qu'alors les alternatives en plus ou en moins de l'inflammation de l'utérus sont accompagnées d'une répétition semblable dans l'état de la tumeur douloureuse que l'ovaire enflammé forme au niveau de la région iliaque. L'influence du traitement décèle mieux encore toute la force de cette corrélation ; car en calmant la phlegmasie de la matrice, on l'apaise à coup sûr dans l'ovaire.

MELANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

25. *Compte-rendu des séances pendant le mois d'août* 1851 ; par M. le docteur BROWN-SÉQUARD, sécrétaire.

(Gazette médicale de Paris, N° 39 ; 1851.)

PATHOLOGIE. — *Sur un cas de rétrécissement organique de l'anneau pylorique, avec atrophie de toutes les tuniques qui le constituent ; atrophie du foie ; rétrécissements multiples non organiques du colon* ; par M. CHARCOT.

Un homme âgé de 54 ans (salle Saint-Michel, n° 1, service de M. Rayer, hôpital de la Charité) s'était toujours bien porté et n'avait jamais fait d'excès alcooliques, lorsque, il y a dix-huit mois environ, il commença à éprouver habituellement des vomissements qui survenaient environ deux heures après le repas du soir. Ces vomissements ne furent d'abord composés que de matières alimentaires nageant dans une quantité variable de mucus visqueux ; mais il y a un an, se manifestèrent pour la première fois des vomissements d'une matière *noirâtre*, analogues à de la *suie*, qui se reproduisirent par la suite deux ou trois fois encore avec le même caractère.

Depuis ce temps les matières rejetées sont toutes composées d'un mucus visqueux incolore contenant les aliments, tantôt d'une substance ayant une coloration café au lait ou même chocolat.

Dès le début de la maladie, la constipation est opiniâtre, et le malade ne peut aller à la selle qu'à l'aide de lavements. L'amaigrissement et la perte des forces ne tardent pas à se montrer à un haut degré. De vives douleurs, dont le siége principal est la région de l'estomac, mais qui s'irradient dans tout l'abdomen, se montrent principalement avant et pendant les vomissements ; mais elles ne cessent jamais complétement d'exister et sont exaspérées par la pression.

L'abdomen est habituellement volumineux ; tantôt il est mat à la percussion dans la plus grande partie de son étendue, et, dans ce cas, la palpation fait reconnaître au niveau de la région de l'estomac un *gargouillement stomacal* très-prononcé, que le malade perçoit d'ailleurs parfaitement quand il s'agite, et qu'on peut alors entendre à distance ; d'autres fois, au contraire, la plus grande partie de l'abdomen est sonore, et alors le gargouillement n'est plus perçu. Le premier phénomène est surtout

évident quand les vomissements ne se sont pas montrés depuis deux ou trois jours, et le malade prévoit alors qu'ils vont bientôt se déclarer ; le deuxième se montre, au contraire, quand ils viennent d'être abondants. Il existe enfin quelquefois un état de l'abdomen intermédiaire aux précédents ; dans ce dernier cas, l'hypocondre gauche est très sonore, ainsi que la partie supérieure de la région épigastrique. La région ombilicale, au contraire, ainsi que le flanc gauche, sont mats et résistent au doigt qui percute. Cette matité se limite en bas par une ligne courbe à grand rayon, dont la concavité regarde en haut. Supérieurement, la limite de la matité se fait par une ligne horizontale, quand le malade est assis ; plus ou moins oblique, quand il est couché sur un des côtés du corps. Cette zône mate permet de déterminer d'autant mieux la limite inférieure de l'estomac que les intestins sont plus sonores ; quand ils sont, au contraire, remplis de matières et mats eux-mêmes, la palpation fait encore souvent reconnaître à la partie moyenne de l'abdomen une tumeur molle et fluctuante terminée du côté de l'ombilic par un bord convexe. Jamais la palpation n'a permis de distinguer l'existence d'une tumeur dure dans l'abdomen.

Malgré la distension habituelle de l'abdomen, le bord supérieur du foie ne remonte pas plus haut que cela n'a lieu dans l'état normal ; son bord inférieur ne peut être reconnu par la percussion, car un son intestinal des plus évidents, occupant la plus grande partie de l'hypocondre droit, démontre qu'une anse d'intestin, appartenant, selon toute probabilité, au colon, est interposée entre les parois thoraciques et la partie inférieure de la face antérieure du foie.

Le premier de ces faits, c'est-à-dire le siége normal du bord supérieur du foie porte à penser que la glande hépatique a diminué de volume ; car l'auscultation et la percussion ne démontrant rien d'anormal dans la cavité pleurale droite, il est clair que le foie, en le supposant d'un volume normal, n'eût pas manqué de remonter dans le thorax en même temps que le diaphragme, par suite de la distension habituelle des viscères intestinaux, et en conséquence son bord supérieur se fût rapproché de la clavicule.

Les urines n'ont jamais présenté d'altération, ni en particulier la coloration rouge foncée propre à la cirrhose.

Deux mois environ avant la mort du malade, de l'œdème se manifeste aux membres inférieurs, et bientôt après il y a ascite. L'épanchement de sérosité dans l'abdomen ne tarde pas à devenir considérable, et, chose à noter, les vomissements cessent

alors complétement d'exister ; ils n'ont pas paru une seule fois pendant le dernier mois de la vie.

L'estomac bientôt, on le conçoit, ne peut plus être exploré, et le malade assure ne plus pouvoir produire le gargouillement stomacal qu'il provoquait autrefois si facilement en s'agitant dans son lit.

La constipation fait bientôt place à une diarrhée habituelle. Le malade, qui prenait encore quelques aliments liquides, les refuse complétement. Les bras, le tronc et la face s'amaigrissent à un degré extrême, ce qui contraste avec l'état de l'abdomen et des membres inférieurs, qui sont extrêmement distendus par la sérosité. La langue, qui était restée longtemps naturelle, devient très rouge ; il en est de même des parois buccales, qui se couvrent de plaques blanches de muguet. Bien que les vomissements aient cessé, comme nous l'avons dit, les douleurs épigastriques paraissent incessantes et sont très violentes.

Tels sont les phénomènes éprouvés par notre malade pendant les trois dernières semaines de sa vie.

La mort arrive le 3 septembre 1851. Le marasme était considérable ; le délire ne s'était jamais montré.

En raison de ces faits, le diagnostic avait été établi de la manière suivante :

1° Obstacle au cours des matières ingérées, siégeant à la région pylorique et consistant *probablement* en une tumeur carcinomateuse : la nature des vomissements conduirait à cette dernière idée, bien qu'on n'ignorât pas les faits assez nombreux de vomissements bruns en l'absence de tumeurs ou d'ulcérations cancéreuses de l'estomac, et en particulier celui qui a été décrit avec soin par M. Andral (Andral, *Clinique médicale*, t. II, observ. V) ;

2° Ampliation de l'estomac, démontrée par la palpation, la percussion, la succussion, etc. (Piorry, *Atlas de percussion*, pl. 27, p. 59, et Alios, *Procédé opératoire* ; Duplay, *Mémoire sur l'ampliation morbide de l'estomac*, *Arch. génér. de médec.*, p. 549-550, 1833, et Andral, obs. cit.) ;

3° Diminution du volume du foie, constatée par la percussion, qui démontre que le bord supérieur de cet organe ne s'est pas élevé dans le thorax, malgré la distension de l'abdomen ;

4° Obstacle au cours du sang dans le foie, et peut-être aussi dans la veine cave inférieure, par suite de l'extension de la tumeur *supposée*, du côté de ce vaisseau. Il n'existait pas d'ailleurs, de caractères de la coagulation spontanée du sang dans les veines iliaques et, d'un autre côté, le cœur, de volume normal, ne

présentait à l'auscultation autre chose qu'un souffle doux au premier temps, maximum à la base.

Le traitement ne pouvait être que palliatif (charbon végétal, opium, etc.).

Autopsie. — L'ouverture de la cavité abdominale donne issue à une grande quantité de sérosité limpide ; mais il en reste encore, après cette opération, une quantité considérable, et ce liquide recouvre complétement les viscères abdominaux, à l'exception : 1° du colon ascendant ; 2° d'une partie du colon transverse, qui remonte, sous forme d'anse, en avant du foie ; 3° d'une petite partie de la face antérieure de l'estomac. Ces différents organes surnagent ; tous les autres sont comprimés et comme submergés par le liquide.

L'estomac n'a pas l'étendue qu'on lui avait attribuée pendant la vie ; mais il est aplati, replié sur lui-même, comme s'il eût du céder à la pression exercée par le liquide. Toutefois la grande courbure arrive à 1 pouce environ de l'ombilic. La région pylorique de ce viscère adhère intimement à la face inférieure du foie par des adhérences qui paraissent de très vieille date ; il en est de même de l'origine de la première partie du duodénum, dans l'étendue d'un pouce environ.

Au niveau du pylore existe un étranglement étroit, analogue à celui qui peut être produit par une mince corde. Disons d'avance que ce rétrécissement est *organique*, c'est-à-dire que la distension produite à l'intérieur des viscères par les tentatives d'introduction de l'index, dirigé de la cavité stomacale vers le duodénum, ne le font pas cesser à l'endroit du rétrécissement. La tunique péritonéale est d'un blanc opaque et comme froncée. La deuxième et la troisième partie du duodénum occupent leur position habituelle ; leur calibre a notablement diminué. Il en est de même de l'intestin grêle dans toute son étendue. Le colon ascendant est très volumineux, distendu par des gaz et des liquides ; il surnageait, comme nous l'avons, dit, avant l'issue de la sérosité abdominale. Mais au moment de devenir colon transverse, il offre un rétrécissement considérable dans l'étendue de 3 pouces environ. Ce rétrécissement n'est pas *organique*, c'est-à-dire qu'il cède par la dilatation de l'intestin. Au-dessus de ce rétrécissement, on voit une anse de colon dilaté, pleine de liquide et de gaz, qui se porte en avant de la face antérieure du foie, et de là descend vers l'ombilic pour se porter sous la face postérieure de l'estomac. En ce point un nouveau rétrécissement se manifeste, lequel occupe la moitié gauche du colon transverse et tout le colon descendant. Ce rétrécissement cède par la dis-

tension exercée de dedans en dehors. L'intestin toutefois n'acquiert pas, malgré cette distension artificielle, le même calibre que les parties naturellement dilatées. Au commencement de l'S iliaque, nouvelle dilatation sous forme d'ampoule, puis nouveau rétrécissement; nouvelle ampoule, située dans la fosse iliaque droite, sous le cœcum, qui est repoussé un peu en haut, et enfin vient le rectum, d'un diamètre à peu près normal.

Nous aurons à nous expliquer plus tard sur la cause de cette série de dilatations et de rétrécissements ; disons tout de suite que les parties dilatées renfermaient un semi-liquide jaunâtre, des matières fécales assez bien formées, en un mot. Les parties contractées étaient vides, et la muqueuse était simplement recouverte de mucus visqueux.

Les tuniques de l'estomac étaient, d'une manière générale, hypertrophiées. La cavité, qui est double de capacité à peu près, renferme un peu de mucus visqueux et quelques matières alimentaires. La muqueuse est généralement pâle ; mais elle offre çà et là un pointillé grisâtre, manifeste surtout et confluent au voisinage du pylore. Au niveau du rétrécissement, la muqueuse devient brusquement très mince.

La tunique musculeuse est très-épaissie (elle a environ 0,002^{mm},3 en épaisseur). Les fibres qui la constituent sont pâles, mais très apparentes; elles ne forment pas au niveau du rétrécissement une sorte d'anneau ou valvule ; au contraire elles se terminent en s'amincissant.

Le tissu cellulaire sous-muqueux, épaissi dans toute l'étendue des parois stomacales, s'amincit lui-même considérablement au niveau du rétrécissement.

Avant d'inciser la partie rétrécie, on constate qu'elle admet tout au plus l'extrémité de l'ongle du petit doigt, Un gros tuyau de plume y entre avec frottement. L'incision ayant été pratiquée, le diamètre au niveau du point rétréci est de 2 c. 1/2 seulement. (Sur 3 estomacs provenant d'individus morts de diverses maladies, nous avons constaté que le diamètre de l'estomac, au niveau de la valvule pylorique, variait de 5 c. 1/2 à 6 c. L'index passait dans ces cas très facilement à travers l'anneau pylorique.

Au niveau du rétrécissement, la muqueuse, comme nous l'avons dit, s'amincit brusquement ; elle conserve ce caractère dans toute l'étendue de la première partie du duodénum : la celluleuse était également amincie et un peu froncée ; quant à la musculeuse, elle avait complétement disparu, et à peine trouvait-on,

au niveau du point rétréci, dans toute l'étendue de la première portion du duodénum, quelques fibres pâles, mélangées de graisse.

Le péritoine avait l'opacité et l'épaisseur que nous avons signalées.

La coarctation de l'anneau pylorique n'étant pas due à l'hypertrophie des tuniques musculeuse ou celluleuse, il fallait en chercher la cause ailleurs. Peut-être avait-il existé autrefois, au niveau de la région du pylore, une ulcération de la membrane muqueuse, dont la cicatrice *vicieuse* pouvait, jusqu'à un certain point, expliquer le froncement qu'on remarque, non dans la membrane muqueuse elle-même il est vrai, mais dans la celluleuse sous-jacente. L'examen de la membrane muqueuse, dans sa structure intime, pouvait, à ce qu'il nous semble, décider seul la question. Eh bien ! sur le versant stomacal du rétrécissement, une tranche mince, provenant d'une coupe faite perpendiculairement à la surface de la muqueuse et examinée au microscope, présentait les tubes en cul-de-sac juxtaposés ; sur le versant duodénal au contraire, la même opération faisait reconnaître dans la membrane interne de l'intestin les glandes *acineuses* de Brunner. La membrane muqueuse était donc représentée là par ses principaux éléments. On ne pouvait donc pas invoquer comme cause productrice du rétrécissement l'existence d'un tissu cicatriciel.

Ce n'est qu'avec peine que la région pylorique de l'estomac et que le commencement du duodénum ont pu être séparés par la dissection de la face inférieure du foie, à cause des adhérences intimes que nous avons signalées. Les canaux biliaires et pancréatiques s'ouvraient comme d'habitude dans le duodénum et étaient complétement libres.

Le foie avait à peu près la moitié de son volume habituel ; sa coloration était à peu près normale. La trame celluleuse n'y était pas hypertrophiée et il n'y existait pas de déformation. Son tissu était un peu friable, et il était imprégné d'une assez grande quantité de sang. L'examen microscopique qui en a été fait par M. Rayer a démontré qu'il y existait beaucoup moins de graisse que dans l'état normal. Les autres viscères n'ont présenté rien de bien remarquable. Il n'y avait pas de tubercules dans les poumons. Le cœur était parfaitement sain. Il n'y avait pas de caillots dans les principales veines des membres inférieurs et de l'abdomen.

Remarques. Nous ferons, au sujet de l'observation abrégée que nous venons de relater, les remarques suivantes :

1° Le rétrécissement pylorique dont il est ici question est un

fait exceptionnel, à ce qu'il nous a semblé du moins. Dans le remarquable mémoire de M. Duplay, on trouve rassemblé un grand nombre de faits d'ampliation de l'estomac avec rétrécissement du pylore; mais dans tous ces cas, quand il n'existait pas de tumeur cancéreuse, la tunique celluleuse était hypertrophiée. Dans l'observation qui nous est propre, toutes les tuniques constituant les parois de l'orifice pylorique sont au contraire atrophiées. On trouve bien encore dans le mémoire de M. Duplay des cas d'ampliation de l'estomac dans lesquels la tunique musculaire s'était partiellement atrophiée (obs. I, *loc. cit.* et Andral, *Clin. méd.*, obs. cit.); mais cette atrophie portait alors sur une étendue plus ou moins considérable de cette tunique au voisinage du pylore. Dans notre observation, l'atrophie commence immédiatement au niveau du rétrécissement, et se retrouve seulement dans la plus grande partie de la première portion du duodénum. D'ailleurs, dans tous ces cas d'ampliation d'estomac avec atrophie des fibres musculaires, *le diamètre de l'orifice pylorique était resté normal.* Il en est de même de l'observation rapportée par M. Duplay, dans laquelle l'ampliation de l'estomac coïncidait avec une adhérence intime de sa région pylorique avec la face inférieure du foie. Sans doute dans le cas qui nous occupe, comme dans l'obs. I du mémoire de M. Duplay, les adhérences qui existaient entre l'estomac, le duodénum et la glande hépatique devaient gêner singulièrement le passage des matières de l'estomac dans le duodénum, acte dans lequel les fibres musculaires longitudinales du duodénum jouent un si grand rôle (Magendie, *Tr. de physiol.*, t. II, p. 109); et par suite l'ampliation de l'estomac avait pu se produire. Mais le rétrécissement ne nous semble pas alors suffisamment expliqué, puisque, dans des circonstances à peu près analogues, l'orifice pylorique a pu être rencontré de diamètre normal ou même dilaté.

Il ne nous reste plus dès lors, si nous voulons absolument une explication, qu'à invoquer le retrait qui succède à l'organisation des fausses membranes ; nous admettrons dès lors une péritonite antérieure, de très ancienne date, et circonscrite au voisinage du pylore, les adhérences que nous avons signalées entre l'estomac et le duodénum d'un côté et le foie de l'autre, nous autorisent, d'ailleurs, à faire cette supposition. L'anatomie intime de la membrane muqueuse au niveau du pylore, nous a déjà fait rejeter l'idée d'une cicatrice vicieuse due à la réparation d'une ulcération de la membrane muqueuse, dont on aurait pu aussi supposer l'existence. Il est bien reconnu aujourd'hui, à ce que je crois, par les anatomo-pathologistes, que la mu-

queuse, quand elle se répare, ne récupère pas tous ses éléments, ses éléments glandulaires surtout. M. Gluge a vu les villosités reparaître plus ou moins complétement dans la cicatrisation des ulcères typhoïdes (Gluge, *Atlas d'anat. pathol.*) ; les glandes de Lieberkuson ne s'étaient pas reproduites.

2° De Haen s'est beaucoup préoccupé des rétrécissements que nous avons nommés ici *non organiques*, et il en a fait figurer une quinzaine de cas (*Ratio Medendi*, t. VI, Paris 1776, p. 246). Il ne s'explique pas suffisamment sur la cause anatomique ou physiologique de ces rétrécissements auxquels il attribue une grande part dans la production des symptômes observés pendant la vie ; il les a rencontrés d'ailleurs dans des maladies très diverses et dans lesquelles les viscères intestinaux ne paraissent pas avoir été autrement intéressés. Pour nous, nous ne faisons que signaler le fait en passant ; est-ce un phénomène cadavérique ou un phénomène des derniers temps de la vie ? Quelle est son importance et sa signification ? M. Andral s'est depuis longtemps posé ces questions ; il est porté à penser qu'il est « des malades qui présentent un certain ensemble de symptômes qu'il serait porté à expliquer par une contraction spasmodique, soit durable, soit passagère, d'un point du tube digestif. » (*Précis d'anat. path.*, t. II, p. 121.) Copland, d'un autre côté, assigne des phénomènes particuliers au *spasme* des intestins ; et Mayo (*Outlines of human pathology*, Lond. 1836, p. 351) en rapporte une observation qui paraît concluante. Nous n'avons observé chez notre malade aucun phénomène particulier qu'on pût rattacher à ces rétrécissements multiples des intestins.

Recherches sur la contagion de la gale des animaux à l'homme et et sur les mœurs de l'acarus de la gale ; par M. Bourguignon.

« J'ai entrepris, depuis quelques mois, de nouvelles recherches sur la contagion de la gale, avec le concours de M. Delafond, professeur à l'école d'Alfort.

« Ces nouveaux essais ont porté sur la gale du mouton et du cheval. Quelques moutons tirés d'un troupeau affecté de gale, que M. Delafond a été appelé à guérir, nous ont abondamment fourni l'élément de la contagion. Nous avons pris des acares de mouton et nous les avons déposés sur le corps d'une douzaine d'élèves d'Alfort, sans aucune précaution préalable, sans les recouvrir d'aucun verre ; chaque élève a reçu jusqu'à 10 à 15 insectes, mâles, femelles, séparés ou accouplés, ainsi que des jeunes larves ; quelques-uns d'entre eux ont éprouvé de légers chatouil-

lements pendant les deux ou trois premières heures, vers les régions où l'application des insectes avait été faite, mais aucun d'eux n'a ressenti de vérilables démangeaisons, ni vu survenir aucune éruption. Les mêmes essais de contagion ont été tentés avec l'acarus du cheval, dans des conditions indentiques quant au nombre des insectes, et la facilité qui leur a été laissée de se répandre sur tout le corps, sans donner plus de résultat. L'acarus du cheval a quelquefois fait éprouver une sorte de picotement produit par l'introduction des mandibules dans les chairs ; mais là se sont bornés les signes qu'il a donnés de sa présence.

« Ainsi, ces expériences de contagion, faites dans des conditions plus favorables que celles qui peuvent résulter des rapports de l'homme avec ces animaux ont été de tout point négatives, et prouvent d'une manière irréfutable, comme nous l'avions déjà démontré, que le spore des animaux ne saurait se transmettre à l'homme par l'élément essentiel de la contagion, l'acarus.

« Nous avons poussé plus loin nos investigations : si les animaux ne nous transmettent point leur gale, ils pouvaient nous communiquer les maladies qui compliquent cette affection ; aussi avons-nous inoculé, à l'aide de la lancette, la sérosité, les humeurs prises sous les croûtes des éruptions, ou résultant de la trituration d'un amas d'acarus. Jamais nous n'avons pu faire naître la moindre éruption. Mais ces conditions n'étaient pas de celles qui d'ordinaire transmettent une maladie de peau, il fallait opérer un contact immédiat et prolongé entre la peau de l'homme et la peau de l'animal galeux ; c'est ce que nous avons fait. Un élève a appliqué son avant-bras sur le dos d'un mouton galeux, l'a laissé ainsi en contact pendant vingt minutes, provoquant par le frottement l'exhalation de la sérosité psorique; il l'a retiré au bout de ce temps, tout couvert de détritus croûteux et épidermiques, baigné de sérosité, rouge et fortement irrité, Nous espérions voir se développer une vive inflammation ou tout au moins une éruption ; il n'en fut rien. De telle sorte que nous étions ainsi conduits à nier non-seulement la contagion de la gale, mais celle des maladies de peau qui la compliquent. Cependant, sur ce dernier point, un doute nous reste; nous ne pouvons voir un simple rapport fortuit entre la maladie de tant de personnes dont on cite les observations, et celle des animaux avec lesquels elles avaient un contact journalier. On a vu trop fréquemment un individu qui touchait ou caressait un animal affecté d'une maladie de peau, gagner lui-même une semblable affection, pour que le fait cité plus haut change complétement notre conviction à cet égard.

« Nous avons profité de cette occasion, on le pense bien, pour étudier l'organisation de l'acarus du mouton dont Wols a donné un dessin fort peu exact, et cet examen nous a fourni des notions toutes nouvelles et fort curieuses sur l'histoire des acarus.

« L'acarus du mouton se présente avec des caractères différents, suivant les âges, c'est-à-dire qu'il subit de nombreuses métamorphoses, ainsi, à sa naissance, comme les autres insectes à huit pattes, il n'en a que six ; il est à l'état de larve ; la métamorphose qui va suivre et qui lui donnera ses huit pattes en fera un insecte complet propre à l'accouplement. Une fois l'accouplement et la fécondation opérés, la femelle éprouve une métamorphose nouvelle, perd plusieurs des caractères de son sexe ; certains organes, situés à la région dorsale, vers l'extrémité postérieure, et qui sont destinés à pénétrer dans des ventouses que le mâle porte à la face ventrale, disparaissent. A partir de ce moment, la femelle n'est plus propre à l'accouplement et peut pondre sans l'approche du mâle des œufs fécondés.

« Ces faits nous ont permis de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de l'acarus de l'homme, que nous avons toujours trouvé, il vous en souvient, à l'état de femelle ; il est probable que notre acare éprouve, comme celui du mouton, plusieurs métamorphoses et qu'il pénètre sous notre épiderme surtout quant il a été fécondé. Dans cette hypothèse, il faudrait croire que les larves vivent dans des sillons jusqu'à la première mue ou métamorphose ; qu'à cette époqne les acarus mâle et femelle restent quelque temps à la superficie de la peau, s'accouplent, et une fois la fécondation opérée, que les femelles seules font de nouveaux sillons dans lesquels elles pondent. Les mâles très probablement pourvus d'organes supplémentaires qui leur permettent de vivre à la surface de l'épiderme, vont à la recherche des femelles, les fécondent (car l'accouplement est matériellement impossible dans le sillon), vivent ainsi plus ou moins longtemps, et meurent sans qu'on ait occasion de les rencontrer même à l'aide du microscope mobile, car il faudrait être bien heureusement servi par le hasard pour rencontrer au milieu des rides de la peau un insecte si petit, surtout avec l'opinion où nous étions jusqu'à ce jour que mâles et femelles vivaient dans les sillons. La présence de l'acarus mâle sur le corps expliquera sans doute un jour le développement de certaines affections cutanées, telle que le prurigo, par exemple, dont la cause nous échappe. On comprend facilement qu'il y ait nécessité pour la femelle de creuser un sillon pour y pondre ; les œufs sous la couche épidermique sont ainsi dans les meilleures conditions de

développement, le frottement, le lavage, etc., ne sauraient les atteindre. Le premier besoin du mâle paraît être la mobilité; celui de la femelle fécondée et métamorphosée, la fixité.

« Comme vous le voyez, à mesure que nous nous livrons à l'étude de la gale, le champ des recherches s'agrandit, et quelques faits observés, et jusque-là inexpliqués, trouvent leur raison d'être.

« Nous venons de porter notre examen sur la gale des animaux, et nous nous trouvons entraînés à résoudre grand nombre de questions imprévues qui surgissent à chaque pas. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, une observation attentive nous a fait constater que l'acarus du cheval et celui du mouton sont absolument identiques ; ils ont les mêmes caractères ; les femelles subissent les mêmes métamorphoses. De là nécessité de rechercher si les acarus du cheval transmis au mouton, et réciproquement, détermineront chez ce dernier une maladie identique, etc. Il va sans dire que nous avons dessiné l'acarus du mouton, ainsi que le pou qui lui cause des démangeaisons très vives, et que les agriculteurs pourraient prendre pour l'acarus lui-même. La question du traitement attirera aussi toute notre attention. »

HELMINTHOLOGIE. — *Sur des larves rendues par les selles* ; par M. DAVAINE.

Nous avons examiné, M. Rayer et moi, des larves qui nous ont été remises par M. le docteur Roger, et qui avaient été rendues par une malade dont l'observation est consignée dans les comptes-rendus de la Société (juillet 1851). Nous nous sommes assurés que ces larves, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *vers*, étaient des larves de diptères ; mais nous n'avons pu en déterminer l'espèce. Nous exposerons les caractères de ces larves avec quelques détails qui nous paraissent justifiés par la rareté du fait et par la confirmation qu'ils donnent à l'opinion de M. Roger, à savoir : qu'il n'y a eu, dans ce cas, ni erreur, ni supercherie de la part de la malade.

Sept de ces larves nous ont été remises ; elles étaient enchevrêtées dans un mucus glaireux, semblable au mucus de l'intestin, et dont il était fort difficile de les débarrasser complétement. Déjà elles avaient subi un commencement de putréfaction, qui cependant n'avait point altéré leur forme extérieure, mais qui ne nous a pas permis de faire de ces larves une anatomie aussi complète que nous l'aurions désiré. Elles offraient les caractères

suivants : larves fusiformes, nuancées de gris, de rose et de châtain, longues d'un centimètre. Extrémité antérieure très amincie ; extrémité postérieure moins amincie et bifurquée dans la plupart ; corps ne présentant point d'anneaux ou de segments appréciables ; huit paires de mamelons ambulatoires, simples, placés sur les côtés ; extrémité antérieure on tête armée de trois paires de chochets, dont deux beaucoup plus forts et visibles à un faible grossissement ; lèvre terminale munie de papilles saillantes ; point d'yeux visibles ; deux stigmates offrant un pavillon palmé, grand, blanchâtre, composé de 15 à 20 digitations ; deux trachées principales, partant de ces stigmates et renflées en arrière, se terminant par deux autres stigmates évasés occupant le sommet de chaque bifurcation de l'extrémité postérieure ; téguments présentant, à un fort grossissement, des poils nombreux, courts et roides, simples ou rarement bifides, disséminés irrégulièrement sur toute la surface du corps. A l'intérieure, outre l'intestin très altéré et les trachées dont nous avons parlé, nous avons constaté l'existence d'une pièce cornée, œsophagienne, supportant les crochets. Les figures annexées à cette note donnent une idée exacte de ces diverses dispositions.

D'après cette description, il est évident que cette larve n'est pas celle qu'on a désignée sous le nom de larve de l'*œstrus hominis*. Les larves d'œstre ont le corps divisé en segments marqués par des poils disposés en séries transversales ; elles n'offrent point de stigmates autérieurs disposées en pavillon digité ; en outre, les crochets de la larve que nous avons observée, beaucoup moins forts, relativement, que ceux des larves d'œstre, rappellent plutôt ceux des larves des muscides.

D'un autre côté, on ne peut confondre les larves rendues par la malade de M. Roger avec les larves de la *mouche carnassière* et de la *mouche domestique*, larves dont le corps est annelé et tronqué en arrière. Enfin, elles diffèrent encore d'avantage de la larve du *scatopse noir*, si commun dans les lieux d'aisances *(musca stercoraira)*, et que nous avons étudié comparativement.

En résumé, les larves rendues par la malade de M. Roger n'étaient pas de celles que cette femme aurait pu facilement se procurer, si elle eût voulu se livrer à une supercherie.

J'ajouterai, en terminant, que M. Rayer désirant s'assurer si des larves de *mouche* ou de *scatopse* introduites dans l'estomac ou l'intestin pouvaient y vivre un certain temps, comme quelques larves d'*œstre*, ou si elles pouvaient parcourir toute l'étendue du canal intestinal sans cesser d'être reconnaissables, l'expériences suivante a été faite par M. Claude Bernard : des larves

de la mouche carnassière et des larves de la mouche stercoraire ont été introduites dans l'estomac d'un chien qui portait une fistule stomacale ; or le lendemain et le surlendemain, on a retrouvé, dans les matières fécales, plusieurs de ces larves en apparence non altérées. M. Cl. Bernard se propose de répéter et de varier ces expériences.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 229e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME IX. — SEPTEMBRE 1851.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Traitement de la tuberculisation en général et de la phthisie pulmonaire en particulier; par le docteur *Louis Parola*. Traduit de l'italien par le docteur *Raikem*. (*Suite.*) 1

Sur les rechutes des fièvres intermittentes et sur l'irritation spinale en particulier; par *F. Binard*. 23

Essai sur l'anatomie et la physiologie des parties constituants de l'appareil optique; ou organisation de l'œil et de ses annexes; par le docteur *P. J. Vallez*. 29

Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie; par *Fr. Hairion*. (*Suite*). 43

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séances du 28 juillet 1851. 55

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de juillet 1851. 72

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Notice sur la suette miliaire qui a régné à Castandet (Landes); par le docteur *F.-M. Dupouy*. 1

THÉRAPEUTIQUE. — 2. Note sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari, pharmacien à Rome; par M. le professeur *C. Sédillot*. 12

3. Essai de l'oxide blanc d'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes; par M. *P. Lemaistre*. 26

4. Mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées; par M. *Boinet*. 35

5. Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent; par le docteur *J. Delioux*. 40

6. Examen critique de la médication émolliente et des remèdes béchiques et pectoraux; par M. le docteur *J. Delioux*. 48

7. Recherches cliniques sur l'action physiologique et thérapeutique de l'atropine; par le docteur *F. Lusanna*. 54

22. De la curabilité de la phthisie pulmonaire; par le docteur *James Turnbull*. 247

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 8. Quelques considérations pratiques sur l'auscultation appliquée au diagnostic des présentations et des positions du fœtus; par M. *Chailly-Honoré*. 70

9. Remarques sur quelques faits pratiques d'accouchements; 1° implantation du placenta sur le col; 2° adhérence du placenta; chûte du cordon; par le docteur *C. Dubreuilh* fils. 74

23. Sur une tumeur sanguine du col de l'utérus produite pendant le travail de l'accouchement; par *F. W. Montgomery*. 249

24. Connexion des maladies de l'utérus et de celle de l'ovaire; par le docteur *John Tilt.* 253

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 10. Lettre sur la cure radicale des hernies inguinales ; par M. le docteur *Valette.* 87
11. Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur ; par le docteur *Laurencet.* 93
12. Remarques sur quelques faits de chirurgie pratique ; par M. *Fano.* 114
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 13. Mémoire sur cette question : Préciser les véritables indications de la trachéotomie; par le docteur *Eug. Azam.* 123
14. Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup ; par M. *Trousseau.* (*Suite.*) 135
15. Mémoire sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison ; par M. *Bonnafond* (*Suite* et *fin.*) 145
15. Des pansements rares et des pansements rapprochés des plaies ; par le docteur *A. Bertherand.* (*Suite* et *fin.*) 157
OPHTHALMOLOGIE. — 16. Traitement des différentes espèces de blépharites; par le docteur *Tavignot.* 169

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

17. Pyélite suivie de tumeur rénale, pendant la grossesse ; — néphrotomie; — établissement d'une fistule urinaire permanente; par M. le docteur *Reimonenq.* 185
18. Recherches sur le trichiasis des voies urinaires et sur la pili-miction ; par *P. Rayer.* (*Suite.*) 188

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

19. Remarques générales sur la syphilis des nouveau-nés, la cachexie syphilitique, et le traitement anti-syphilitique; par le docteur *Gibert.* 200

X. MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

TOXICOLOGIE. — 20. Mort par le chloroforme; par le docteur *Achille Chereau.* 203

XII. GÉNÉRALITÉS.

21. De la syphilisation ou vaccination syphilitique; par le docteur *Auzias-Turenne.* (*Suite.*) 206

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris, Séance du 1er septembre. — De l'intervention des muscles de l'œil dans l'acte de la vision. 216. — Vitesse de propagation du système nerveux. 216. — Statique de l'oxygène atmosphérique et de la chaleur à l'état de liberté. 217.

ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. — Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 septembre. — Obtention de l'opium indigène. 219. — Traitement des ulcères tuberculeux du testicule par une opération nouvelle. 220 — Épidémie de suette miliaire en 1849. 224. — Pemphigus des nouveau-nés. 227. — Recherches chimiques sur la matière grasse du sang veineux. 239. — Action de l'ipécacuanha à hautes doses. 240 — Nouveau mode d'application du for-

ceps au détroit supérieur. 241. — Emploi de l'iode. 242. — Traitement des abcès par congestion par les injections iodées. 245.

MÉLANGES.

25. Compte-rendu des séances de la Société de Biologie, pendant le mois d'aout 1851 ; par M. le docteur *Brown-Séquard*. 254

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 229e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME IX. — SEPTEMBRE 1851.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (aout 1851).

Laurencet. Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur. 93
Auzias-Turenne. De la syphilisation ou vaccination syphilitique. 206

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 27, 31, 32, 34 et 39 1851).

Boinet. Mémoire sur le traitement de l'acite par les injections iodées. 35
Delioux (J.). Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent. 40
Valette (Aug.-D.). De la cure radicale des hernies inguinales et d'un nouveau moyen de l'obtenir. 87
Rayer (P.). Recherches sur le trichiasis des voies urinaires et sur la pilimiction. 188
Brown-Séquard. Compte-rendu des séances de la Société de Biologie, pendant le mois d'aout 1851.

GAZETTE MÉD. DE STRASBOURG (juin et juillet 1851).

Sédillot (C.). Note sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari, pharmacien à Rome. 12
Bertherand (A.). Des pansements rares et des pansements rapprochés des plaies. 157

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES aout 1851).

Tavignot. Traitement des différentes espèces de blépharites. 169

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (aout 1851).

Dubreuelh fils (C.). Remarques sur quelques faits pratiques d'accouchements; 1° implantation du placenta sur le col; 2° adhérence du placenta; chûte du cordon. 74
Azam (Eug.). Mémoire sur cette question : Préciser les véritables indications de la trachéotomie. 123
Reimonenq. Pyélite suivie de tumeur rénale, pendant la grossesse; — néphrotomie; — établissement d'une fistule urinaire permanente. 185

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (juillet et aout 1851.)

Bonnafond. Mémoire sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison. 143
Gibert. Remarques générales sur la syphilis des nouveau-nés, la cachexie syphilitique, et le traitement anti-syphilitique. 200

L'UNION MÉDICALE (Nos 68, 71, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 85, 92, 94, 97-98 et 103.)

Dupouy (J.-M.). Notice sur la suette miliaire qui a régné à Castandet (Landes). 1
Lemaistre (P.). Essai de l'oxide blanc d'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes. 26
Delioux (J.). Examen critique de la médication émolliente et des remèdes béchiques et pectoraux. 48
Lusanna (F.). Recherches cliniques sur l'action physiologique et thérapeutique de l'atropine. 54
Chailly-Honoré. Quelques considérations pratiques de l'auscultation appliquée au diagnostic des présentations et des positions du fœtus. 70
Fano. Remarques sur quelques faits de chirurgie pratique. 114
Trousseau. Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup. 135
Achille Chercau. Mort par le chloroforme. 203

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN QUATERLY JOURNAL OF MED.

Montgomery (F.-W.). Sur une tumeur sanguine du col de l'utérus produite pendant le travail de l'accouchement. 249

LONDON JOURNAL OF MED.

James Turnbull. De la curabilité de la phthisie pulmonaire. 247
John Tilt. Connexion des maladies de l'utérus et de celle de l'ovaire. 254